



HAL
open science

“ Passer du défi à l’action : élargir la couverture santé à tous ” - Deux enjeux majeurs ignorés lors des Réunions de printemps 2024 du Groupe de la Banque mondiale et du FMI

Jacky Mathonnat

► To cite this version:

Jacky Mathonnat. “ Passer du défi à l’action : élargir la couverture santé à tous ” - Deux enjeux majeurs ignorés lors des Réunions de printemps 2024 du Groupe de la Banque mondiale et du FMI. FERDI Notes brèves / Policy briefs, 2024. hal-04792880

HAL Id: hal-04792880

<https://hal.science/hal-04792880v1>

Submitted on 20 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

CHAIRE

Architecture internationale
du financement du développement

« Passer du défi à l'action : élargir la couverture santé à tous » Deux enjeux majeurs ignorés lors des Réunions de printemps 2024 du Groupe de la Banque mondiale et du FMI

Jacky MATHONNAT



JACKY MATHONNAT, Senior Fellow et responsable du programme Santé,
Ferdi, Professeur émérite à l'Université Clermont Auvergne

La plupart des pays à revenu faible et intermédiaire accusent un retard dans la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) en matière de santé pour 2030, y compris celui relatif à la couverture santé universelle (CSU ; indicateur 3.8.1 des ODD). L'indice de couverture santé universelle, qui avait fortement progressé entre 2000 et 2021, passant de 45 à 68, est aujourd'hui en phase de stagnation ou de très faible croissance dans de nombreux pays, alors que près de 4,5 milliards de personnes ne bénéficient toujours pas d'une couverture adéquate pour les services de santé essentiels.



Jacky Mathonnat remercie Vianney Dequiedt(Ferdi) pour ses commentaires et suggestions.

•••/••• Dans le cadre des réunions de printemps du Groupe de la Banque mondiale et du FMI, un événement public s'est tenu le 18 avril autour du thème « Passer du défi à l'action : Élargir la couverture santé pour tous ». Cet événement faisait écho, d'une certaine manière, à la Journée de la couverture santé universelle de l'OMS, célébrée le 12 décembre 2023, lors de laquelle l'organisation a exhorté les gouvernements à investir d'urgence dans la résilience des systèmes de santé pour progresser vers la CSU et garantir la santé pour tous.

De nombreuses questions pressantes ont été abordées à des degrés divers par le panel réuni par la Banque mondiale pour cet événement¹. En voici quelques-unes, sans prétention d'exhaustivité : renforcer la coopération, le partenariat et la coordination entre les différents acteurs pour mieux s'attaquer aux déterminants multi-sectoriels de l'expansion de la couverture santé universelle (CSU) ; partager avec les pays des connaissances réellement adaptées à leurs besoins² ; répondre à l'important besoin d'un engagement politique fort et efficace des gouvernements, allant au-delà des simples déclarations d'intention ; intensifier les efforts en faveur de soins de santé primaires de qualité, qui doivent rester, avec le premier niveau du système de santé, le pilier fondamental de la CSU ; mieux cibler les politiques publiques pour garantir aux plus démunis un accès à des soins de qualité et abordables³ ; mettre en œuvre des politiques de

régulation plus appropriées, y compris la réforme des marchés publics et des systèmes d'approvisionnement en médicaments et consommables ; et, dernier point – mais non des moindres – de cette liste non exhaustive, renforcer le rôle du secteur privé en tant que véritable acteur et partenaire des gouvernements dans la mise en œuvre de la CSU.

Toutes ces questions sont d'une grande pertinence pour « transformer le défi en action ». Elles ont été traitées de manière stimulante, mais – et c'est compréhensible – plus ou moins succinctement en raison du format de l'événement. Cependant, deux questions brûlantes méritaient d'être mises en lumière, mais ne l'ont pas été : (i) les enjeux cruciaux soulevés par des études récentes sur la contribution de l'assurance santé à l'extension de la CSU dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (PFR et PRITI) ; et (ii) les défis impérieux liés à l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé. Ce sont les deux questions abordées dans cette note de synthèse.

► L'état actuel des effets de l'assurance santé : quels en sont les enjeux pour les politiques de couverture santé universelle ?

La question de la contribution effective de l'assurance santé aux objectifs de la CSU – à savoir, en bref, l'accès à des soins de qualité, abordables pour tous, et la protection financière des ménages – n'a pas été spécifiquement abordée par le panel. Elle aurait pourtant dû l'être, d'une part

d'une connaissance satisfaisante des bénéficiaires des dépenses publiques de santé, car la question est peu documentée. En particulier, les analyses d'incidence du bénéfice sont encore trop rares alors qu'elles permettent d'identifier par quintile ou décile de bien-être les bénéficiaires des dépenses publiques de santé. Il serait utile qu'elles soient systématiquement incluses dans les examens des dépenses publiques (Public Expenditure Review) et que leurs résultats soient mieux exploités et plus largement diffusés.

1. Les intervenants étaient Ajay Banga, président du groupe de la Banque mondiale ; Tedros Ghebreyesus, directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; Shun'ichi Suzuki, ministre des finances du Japon ; Muhammad Pate, ministre de la santé du Nigeria ; Mohamed Maait, ministre des finances de l'Égypte ; Sri Mulyani Indrawati, ministre des finances de l'Indonésie ; Senait Fisseha, vice-président des programmes mondiaux de la Fondation Buffett ; et Lamia Tazi, PDG de Sothema, une société pharmaceutique du Maroc.

2. A. Banga (Banque mondiale) à Th. Ghebreyesus (OMS) : « Vous avez une expérience du domaine illimitée (...) Nous [la Banque mondiale] apportons une diversification des connaissances. Nous comprenons l'eau, le climat, l'agriculture (...) [et] comment ils sont liés aux défis sanitaires interdépendants que nous traversons (...). De la même manière, les connaissances doivent être adaptées à chaque pays et à son stade de développement. »

3. Il y a ici un point qui n'a pas été mentionné mais qu'il convient de souligner : de manière surprenante, nous ne disposons pas

parce qu'une vision réductrice de la CSU tend encore trop souvent à la confondre avec l'assurance santé, alors que la CSU doit être financée par toutes les sources et instruments financiers disponibles ; et, d'autre part, parce que l'évaluation actuelle des effets de l'assurance santé interpelle les gouvernements ainsi que leurs partenaires nationaux et internationaux sur les politiques à adopter afin que l'assurance santé joue un rôle plus important dans l'expansion de la CSU dans les pays à faible revenu (PFR) et les pays les moins avancés (PMA), comme cela est espéré.

Au cours des vingt dernières années, voire plus, tous les pays à revenu faible ou intermédiaire ont introduit une forme ou une autre de régime d'assurance santé. Plus récemment, les pays d'Afrique subsaharienne ont eu tendance à se tourner vers des régimes publics d'assurance santé contributifs, en parallèle au financement budgétaire, afin de progresser vers la CSU (Barasa *et al.*, 2021). Toutefois, seuls huit d'entre eux (Bénin, Gabon, Ghana, Kenya, Nigeria, Rwanda, Tanzanie et Zambie ; Cashin et Dossou, 2021) ont cherché à s'éloigner du système traditionnel d'inspiration beveridgienne pour s'engager dans un système national d'assurance santé contributif (de type National Health Insurance, NHI), également connu sous le nom d'assurance santé sociale, où le droit à la couverture dépend d'une contribution (prime) payée par ou pour le compte des individus ou ménages. En 2021, au moins sept autres pays (Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Mali, Afrique du Sud, Togo et Ouganda) envisageaient ou avaient déjà établi un cadre juridique pour la mise en place d'un système de type NHI (Cashin et Dossou, 2021).

Examen des effets – globalement décevants mais peu surprenants – de l'assurance santé sur les résultats en matière de santé dans les PFR et les PFR-PRI

La littérature a rassemblé des éléments probants montrant que l'assurance santé, sous toutes ses formes, tend généralement à accroître

l'utilisation des services de santé. Cependant, cela se manifeste à des degrés divers comme le montrent Odipo *et al.* (2024) qui ont étudié l'association entre assurance et fréquentation des structures de soins en Éthiopie, au Kenya, en Afrique du Sud, en Inde et au Laos, avec des résultats très hétérogènes selon les pays. L'assurance santé publique semble n'y être que faiblement associée à l'accès aux services de santé. Il en va de même pour les effets de l'assurance sur la *protection financière*, qui tend à réduire les coûts directs et indirects liés à la maladie ainsi que le risque d'appauvrissement dû à la mauvaise santé. Une tendance globalement positive existe, mais la relation n'est pas systématique.

En revanche, l'effet de l'assurance santé sur les *résultats en santé* est très mitigé (Das et Do, 2023) et globalement décevant. Dans les rares études ayant identifié un effet causal positif de l'assurance sur l'état de santé, cela est généralement dû à une augmentation de l'utilisation de services de meilleure qualité, notamment au niveau des soins primaires. Pourquoi cette absence générale d'impact de l'assurance sur les résultats de santé ? Das et Do (2023) avancent que « la clé pour comprendre les performances inégales de l'assurance santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire réside du côté des prestataires de soins de santé ». Ils identifient deux problèmes principaux, en plus du fait bien documenté que la qualité des soins est souvent médiocre ou inadéquate, dont un pourcentage élevé de diagnostics incorrects (Gatti *et al.*, 2021) : (i) le refus de soins, lorsque la « carte » d'assurance n'est pas acceptée par l'établissement de santé pour diverses raisons, et (ii) la double facturation, où les prestataires facturent illégalement des suppléments aux patients. Ces deux pratiques conduisent au renoncement aux soins, à des soins retardés, voire trop tardifs, ou au recours à des prestataires moins qualifiés.

Considérant les résultats jusqu'ici peu convaincants de l'assurance santé sur la santé et le fait qu'elle est largement subventionnée par des

fonds publics ou par l'aide internationale, même dans les pays ayant adopté un système national d'assurance santé (de type NHI)⁴, certains gouvernements pourraient se demander si, dans un contexte de ressources limitées⁵, il est justifié de continuer à investir dans l'assurance santé uniquement pour des gains en matière de protection financière. Cette question mérite d'être posée. Cette situation serait paradoxale étant donné le consensus général sur le fait que, dans les PFR et les PMA, les limites à la mobilisation des ressources publiques rendent indispensable le développement de l'assurance. Il est donc crucial que les politiques publiques s'attachent à améliorer les effets de l'assurance santé sur la santé des populations, et non seulement sur l'utilisation des services et la protection financière.

Faibles taux de couverture

4

Un autre constat conduit à des conclusions similaires. Après une ou deux décennies d'introduction de l'assurance santé (voire plus dans certains pays), le pourcentage de la population bénéficiant de prestations – de qualité inégale – reste très faible (moins de 10 %, fonctionnaires compris), en particulier en Afrique subsaharienne (Cashin & Dossou, 2021; Das & Do, 2023), à quelques exceptions près⁶ : Kenya (16 %), Namibie (18 %), Gabon (54 %), Ghana (66 %) et Rwanda (88 %).

Pourquoi les taux de couverture sont-ils si faibles ? Il est nécessaire d'examiner à la fois l'offre et la demande de soins, qui sont interdépendantes. À l'intersection des deux, la littérature met en évidence le faible intérêt des ménages pour l'assurance santé, nécessitant d'importantes subventions pour encourager les adhésions, lesquelles chutent souvent lorsque ces subventions diminuent. Plusieurs études ont souligné la com-

plexité des déterminants de la volonté à payer pour l'assurance santé, lesquels varient selon les pays et les caractéristiques des ménages (voir, par exemple, Bayked *et al.*, 2024).

En fin de compte, pour résumer, la littérature suggère que si un ménage n'adhère pas à l'assurance, c'est qu'il considère que le coût n'en vaut pas la peine⁷. C'est le message fondamental que les gouvernements et leurs partenaires doivent comprendre. Ils doivent agir en conséquence pour rendre l'adhésion plus attractive. Une approche pertinente pour améliorer l'attractivité de l'assurance par les ménages consisterait à miser sur un effet de démonstration, en proposant un ensemble limité de prestations subventionnées, mais d'une qualité excellente – tant objective que perçue, les deux n'étant pas nécessairement corrélées.

Reconnaître les limites des mutuelles de santé à adhésion volontaire pour la santé publique dans le secteur informel

Il faut savoir reconnaître que certaines approches, bien qu'ayant leur utilité, se révèlent inefficaces et inefficientes à l'échelle systémique, même si elles sont très populaires auprès de certains bailleurs publics et privés. C'est notamment le cas des mutuelles de santé à adhésion volontaire dans les PFR, où le secteur informel représente souvent 80 % ou plus de l'emploi. Malgré le soutien extérieur reçu au cours des deux dernières décennies, ces mutuelles ne couvrent qu'une petite partie de leur population cible, et la survie de nombre d'entre elles dépend encore fondamentalement du soutien financier de partenaires extérieurs. Cette situation s'explique principalement par leur faible nombre d'adhérents, ce qui limite la taille du pool de risque et par conséquent leur capacité opérationnelle. Bien qu'elles jouent un rôle essentiel dans l'accès aux soins pour leurs membres et doivent donc être soutenues en l'absence d'alternatives à

4. Où le financement budgétaire reste la principale source de financement de l'assurance, loin devant les primes.

5. D'autant plus que le secteur de la santé est toujours en concurrence avec d'autres secteurs pour élarger sur un budget globalement limité.

6. Pour les pays communs aux deux études, nous présentons le chiffre le plus élevé.

7. Que cela soit dû ou non à l'absence d'une « culture de l'assurance » chez certains.

court terme, leur rôle dans la construction d'un système de santé à vocation universelle et dans la mise en œuvre de la CSU doit être repensé.

Trois points méritent d'être soulignés. Premièrement, ces mutuelles échouent souvent à toucher les ménages les plus pauvres (ceux du premier quintile). Deuxièmement, en raison de leur petite taille et du grand nombre d'acteurs impliqués (multiples donateurs, ONG, éléments de la société civile), elles créent un paysage très fragmenté qui renforce la fragmentation du système de santé dans son ensemble. Troisièmement, la CSU doit être conçue de manière *systémique*. Il faut donc reconnaître que des progrès rapides vers la CSU dans des pays où le secteur informel est dominant ne peuvent pas reposer sur un système structuré autour de régimes d'assurance volontaire pour les soins de santé primaires. Le rôle principal de l'assurance volontaire dans ces contextes devrait être celui d'une complémentaire ou de financer des soins ne rentrant pas dans le panier jugé prioritaire par la politique de santé.

C'est ce constat qui a conduit le Rwanda à introduire en 2007 une loi rendant obligatoire l'adhésion à des mutuelles de santé communautaires. Cette loi répondait à la frustration du gouvernement face à la lenteur du développement des régimes volontaires, minés par la petite taille des pools, la sélection adverse et le peu d'appétence des ménages pour l'assurance santé. L'adhésion obligatoire a ensuite permis une augmentation considérable de la couverture santé, atteignant environ 90% de la population pour un panier de soins prioritaires.

► **N'oubliez pas de fermer les fenêtres avant d'allumer la climatisation : faire de l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé une priorité de premier rang pour les gouvernements et leurs partenaires**

Pourquoi ?

Tous les panélistes ont souligné la nécessité d'augmenter le financement de la santé, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur⁸. Ils ont raison. En 2021, les PFR, dont la grande majorité se trouve en Afrique subsaharienne, ont dépensé en moyenne 45 dollars par habitant pour la santé, toutes sources de financement public et privé confondues (OMS, 2023). Ce montant, bien qu'en légère baisse par rapport à 2020 (-1,6%), est supérieur à celui des années pré-Covid. Cependant, il reste largement insuffisant pour seulement assurer un système de santé de premier niveau⁹ fonctionnel et capable de fournir des services de qualité (McIntyre *et al.*, 2017; Watkins *et al.*, 2017), donc sans même aborder les besoins des niveaux secondaire et tertiaire. Le déficit de financement est donc considérable au regard de l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. »

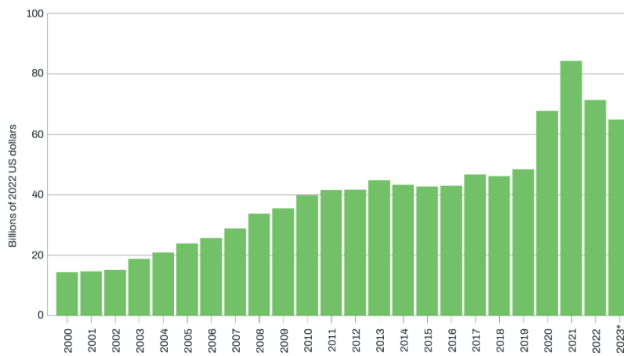
La bonne nouvelle pour le financement de la santé est que la croissance continue de se redresser en Afrique subsaharienne après la crise du Covid-19, avec une augmentation moyenne de 3,8% prévue pour 2024 et 4% pour 2025, bien que cette croissance soit modeste par habitant. Les tendances sont comparables pour le

8. A. Banga a souligné que la Banque mondiale « envisage de mettre en œuvre 50% de plus d'argent par an [jusqu'en 2030] que ce que nous dépensions dans les soins de santé avant la pandémie ».

9. Ceux qui fournissent des soins de santé de base, jouant un rôle fondamental dans la réalisation de l'ODD santé dans les PFR et les PMA.

groupe des PFR. Cependant, il existe une forte hétérogénéité entre les pays. Dans beaucoup d'entre eux, les gouvernements continuent de faire face à des déficits jumeaux (budgétaire et compte courant), à des situations d'endettement préoccupantes, avec un service de la dette qui, combiné à la faible mobilisation des ressources publiques domestiques, limite sévèrement la marge de manœuvre budgétaire pour la santé. Ces contraintes engendrent par ailleurs des pressions pour réduire les dépenses sociales, y compris celles liées à la santé (FMI, 2024a, 2024b). Cette situation est aggravée par les incertitudes autour de l'évolution de l'aide publique au développement (APD), et particulièrement de l'aide à la santé. Cette dernière a diminué en 2022 et 2023 après les augmentations exceptionnelles de 2020 et 2021 en réponse à la pandémie de Covid (Figure 1, HIME, 2024). Par ailleurs, rappelons que la santé est toujours concurrencée par d'autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture et le climat, limitant ainsi la possibilité d'accroître sa part dans les dépenses publiques totales.

Figure 1. Aide au développement pour la santé (HIME, 2024)



*Les estimations pour 2023 sont indicatives. La monnaie est exprimée en dollars américains corrigés de l'inflation de 2022.

Source : Financing Global Health 2023 Database.

Dans ce contexte, l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé (c'est-à-dire obtenir plus de résultats avec les mêmes ressources ou produire les mêmes résultats avec moins de ressources¹⁰) est d'une importance capitale. C'est

10. Et sans compromettre la qualité des services fournis, dimension

une question qui aurait mérité d'être mise en avant avec force par le panel de la Banque mondiale. Cependant, elle n'a pas été abordée¹¹, alors que les intervenants ont tous insisté, à juste titre, sur la nécessité d'augmenter les ressources allouées à la santé, tant nationales qu'extérieures. L'enjeu est que les efforts pour accroître le financement de la santé risquent d'être en partie vains si, parallèlement, l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé n'est pas érigée en priorité centrale par les gouvernements et leurs partenaires. En d'autres termes, investir massivement pour augmenter le financement de la santé sans traiter la question de l'amélioration de l'efficacité revient à augmenter la climatisation dans une pièce tout en laissant portes et fenêtres ouvertes. Une partie de l'effort se dissipe alors en gaspillage de ressources dont on sait qu'elles sont insuffisantes.

Les marges de manœuvre existent et sont souvent très importantes

De nombreuses études montrent qu'il existe une (très) grande marge de manœuvre pour accroître l'efficacité des dépenses de santé dans tous les pays, non seulement sans altérer la qualité des soins, mais même en l'améliorant¹². Aujourd'hui, les principaux problèmes et sources d'(in)efficacité sont clairement identifiés. Toutefois, la définition et la mise en œuvre de stratégies opérationnelles appropriées dépendent fondamentalement des contextes locaux, car il n'existe pas de solution « taille unique ». Pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé, il faut commencer par en prendre convenablement la mesure, et il est primordial de renforcer la coordination entre les parties prenantes. Il est indispensable de développer l'utilisation des analyses coût-ef-

à ne pas oublier si l'on considère des indicateurs qui ne sont pas des indicateurs d'état de santé mais, par exemple, des indicateurs d'activité (nombre de consultations, etc.).

11. Cela dit, la question de l'efficacité a été mentionnée très brièvement par Mohamed Maait, ministre égyptien des finances et ancien ministre de la santé, qui a présenté le plan de réforme de son gouvernement visant à promouvoir les progrès vers la CSU : « Le système [précédent] était devenu financièrement insoutenable, inefficace et n'avait pas atteint son objectif. »

12. Cela vaut également pour les pays à revenu élevé.

ficacité (ou coût-efficacité élargie) afin de sélectionner les interventions prioritaires dans les politiques de santé, notamment pour constituer le paquet de prestations pris en charge par la CSU. Il est également essentiel de renforcer l'achat stratégique de services, une approche encore très peu utilisée dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

L'amélioration de l'efficacité représente l'un des principaux axes de recherche de la FERDI dans le domaine de la santé. Les études réalisées sur l'efficacité des hôpitaux de district dans plusieurs PFR africains, notamment au Burkina Faso, au Niger et au Zimbabwe, ont révélé une grande disparité dans les niveaux d'efficacité¹³. Mais, un important potentiel d'augmentation de la production de soins existe, souvent de plus de 20 %, si l'efficacité de chaque hôpital de district se rapprochait de celle du plus performant dans chaque pays (Mathonnat *et al.*, 2023 ; Guillon *et al.*, 2022 ; Guillon, Mathonnat *et al.*, 2022,). Dans une autre étude, Banerjee *et al.* (2023) ont observé, pour une sélection de structures de soins primaires en Inde, en Chine et au Kenya, qu'entre 70 % et 90 % des dépenses étaient médicalement inutiles. Les auteurs soulignent que cela contraste fortement avec la fraction des dépenses médicalement évitables attribuée au surtraitement (p. 10).

Personnel médical et marchés publics : des domaines prometteurs pour dégager des gains d'efficacité, mais exigeants et politiquement sensibles

Dans chacune des études de la FERDI sur l'efficacité des hôpitaux de district, il n'apparaît pas de relation significative entre leur efficacité et leur niveau de dotation en personnel. La productivité du personnel médical est faible dans la plupart des cas, ce qui suggère qu'il serait bénéfique de reconsidérer les critères d'affectation du personnel pour améliorer l'efficacité globale du système de santé.

Selon l'OMS, 90 % des PFR, en particulier en Afrique subsaharienne, souffrent d'un déficit en ressources humaines pour la santé, affichant des niveaux bien inférieurs au seuil de 4,4 personnes qualifiées pour 1 000 habitants (OMS, 2016). Il est largement considéré que cette situation entraîne une surcharge de travail nuisant à la qualité des soins. Cependant, diverses études, telles celles de Das et Do (2023) et de Kovacs et Lagarde (2022), montrent que la charge de travail des professionnels de santé dans les structures de soins primaires varie entre cinq et dix patients par jour¹⁴. Elles soulignent également, comme l'ont fait Kwan *et al.* (2019), qu'il n'existe pas de corrélation entre la charge de travail et la qualité des soins. Dans le même sens, Banerjee *et al.* (2023) ont constaté que les centres de santé fonctionnent souvent avec une capacité excédentaire en personnel. Dans les deux sous-échantillons observés par les auteurs, les prestataires passent quatre à huit heures dans leur centre, mais moins d'une heure à consulter activement des patients.

Cela indique qu'il existe d'importantes capacités inutilisées dans les structures de premier niveau et que l'accueil de davantage de patients ne nécessiterait pas d'efforts supplémentaires en matière de personnel médical. En se référant aux normes de l'OMS, il est vrai qu'il y a une pénurie de personnel médical, mais le personnel actuellement disponible pourrait être plus productif. Ce constat soulève des questions d'(in)efficacité qui relèvent à la fois de l'offre et de la demande de soins. Cette question est d'autant plus cruciale que le coût du personnel de santé absorbe en moyenne autour de 55 % des dépenses de santé du gouvernement dans les PFR, avec une fourchette variant de 40 % à 65 % (Toure *et al.*, 2023).

À cela s'ajoute le fait qu'un absentéisme élevé des agents de santé de première ligne dans les établissements publics est très répandu dans les PFR et les PMA (Gatti *et al.*, 2021 ; Zhang *et*

13. Comme celles réalisées par la FERDI au Cambodge et en Chine (province de Shandong).

14. Il en est de même (ordre de grandeur) dans les études d'efficacité susmentionnées conduites par la FERDI.

al., 2021). Ce phénomène est hétérogène selon le pays et la position des structures de soins dans la pyramide sanitaire. Par exemple, en Ouganda, Di Giorgio *et al.* (2021) ont observé des taux élevés d'absentéisme du personnel dans les structures publiques de santé, la majeure partie de l'absentéisme se produisant dans les centres de santé de niveau inférieur, niveau comme on le sait, d'une importance cruciale pour progresser vers l'ODD santé. Ils ont souligné qu'« en moyenne, aucun agent de santé n'était présent pendant 42 % des jours contrôlés dans ces centres »¹⁵ (*op. cit.*),

Une autre source d'inefficience réside dans la gestion des marchés publics. Chalkidou *et al.* (2020) ont montré, à travers des simulations de trois approches de réforme des marchés publics de produits de santé, que 50 pays à revenu faible ou intermédiaire parmi les plus pauvres pourraient économiser entre 10 et 26 milliards de dollars par an grâce à une politique de réforme appropriée. Ces chiffres doivent être mis en perspective avec les 46 milliards de dollars d'aide à la santé hors Covid pour 2021.

Ainsi, les États et leurs partenaires doivent-ils faire de l'amélioration de l'efficience des dépenses de santé une priorité de premier rang. Les partenaires techniques et financiers ont la responsabilité de convaincre les gouvernements qu'il s'agit d'un impératif économique, mais aussi moral, compte tenu de l'ampleur des besoins de santé non satisfaits. Des initiatives et des programmes porteurs doivent être mis en place, à l'instar des efforts faits pour les médicaments génériques essentiels et pour les soins de santé maternelle et infantile. S'il est indispensable d'augmenter le financement de la santé – qu'il soit national, externe, public ou privé – il est fondamental de placer l'amélioration de l'efficience au cœur des priorités des gouvernements et de leurs partenaires. Ignorer cette nécessité ne peut que créer ou perpétuer des gaspillages de ressources et des situations de risque moral

15. Ce chiffre était inférieur à 5 % dans les hôpitaux publics de haut niveau et les établissements privés.

hautement préjudiciables à l'atteinte des ODD en matière de santé.

Sans oublier la question de l'efficience du secteur privé

Le champ d'application des stratégies d'amélioration de l'efficience ne doit pas se limiter à l'efficience des dépenses ou des structures publiques. Il est également essentiel de s'attacher à l'efficience des prestataires privés¹⁶. Ils fournissent une part importante, parfois dominante, des soins de santé de premier niveau dans les PFR, notamment pour la majorité des services de santé de base destinés aux mères, aux enfants et au traitement du paludisme (Grepin, 2016 ; Sriram *et al.*, 2024). Ces soins sont pour l'essentiel directement payés par les ménages (« out-of-pocket payments »). Et les prestataires à but lucratif offrent souvent, mais pas systématiquement, des soins à un coût plus élevé que les prestataires publics. Le rôle central du profit et la qualité inégale des soins dispensés par les prestataires privés, allant dans la littérature d'excellente à dangereuse, alimentent un débat parfois pollué par des considérations idéologiques¹⁷ concernant la contribution potentielle du secteur privé à la mise en œuvre de la CSU. Dans le cadre d'une stratégie de développement de celle-ci, ce serait une erreur d'ignorer la problématique de l'efficience des prestataires privés, lesquels sont sollicités par une très grande partie des ménages. La véritable question n'est pas de savoir s'il faut intégrer le secteur privé dans les stratégies d'amélioration de l'efficience du secteur santé – ce qui est évident – mais plutôt quelles politiques réglementaires et *incitatives* sont pertinentes pour mobiliser ce secteur afin qu'il produise des services clés de qualité à un

16. L'essentiel de la stratégie devrait se concentrer sur le secteur privé formel, tout en menant des actions spécifiques urgentes dans le secteur informel, telles que la lutte contre les « pharmacies à la sauvette » (vendeurs ambulants de médicaments de qualité généralement douteuse).

17. Cependant, contrairement à une idée répandue, la littérature ne permet pas de considérer que la qualité est meilleure ou moins bonne que dans le secteur public.

prix raisonnable, en cohérence avec l'ensemble des prestations ciblées par le gouvernement dans la mise en œuvre de la CSU. Il n'existe pas de solution unique à cette question, et la tâche est d'autant plus complexe qu'il y a un manque généralisé d'informations et de données fiables pour aborder ces problèmes.

► Références

- **Banerjee A., Chowdhury A., Das J., Hammer J., Hussam R., Mohpal A.** (2023) The Market for Healthcare in Low Income Countries, Harvard Business School Working Paper, July.
- **Barasa E., Kazungu J., Nguhiu P., Ravishankar N.** (2021) Examining the level and inequality in health insurance coverage in 36 sub-Saharan African countries, *BMJ Global Health*, 6(4), e004712.
- **Bayked E.-M., Assfaw A.-K., Toleha H.-N., Zewdie S., Biset G., Ibirongbe D.-O., Kahissay M.-H.** (2024) Willingness to pay for National Health Insurance Services and Associated Factors in Africa and Asia: A systematic review and meta-analysis, *Frontiers in Public Health*, 12, 1390937.
- **Chalkikou C., Keller J., Over M., Jones A.** (2020) Can Better Procurement be the Key to Financing UHC? Potential Savings from Health Sector Procurement Reforms in Low- and Middle-Income Countries, CGD Policy Paper 192, Center for Global Development.
- **Das J., Do Q.-T.** (2023) The Prices in the Crises: What We Are Learning from 20 Years of Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 37, no. 2, Spring, 123-52.
- **Di Giorgio L., Evans D.-K., Lindelow M., Nguyen S.-N., Svensson J., Wane W., Welander Tärneberg A.** (2020) Analysis of clinical knowledge, absenteeism and availability of resources for maternal and child health: A cross-sectional quality of care study in 10 African countries, *BMJ Global Health*, 5(12), e003377.
- **Gatti V., Gilman A., Ciro A., Orion R., Jigyasa S., Andres Y.** (2021) *The Quality of Health and Education Systems Across Africa: Evidence from a Decade of Service Delivery Indicators Surveys*, Washington, D.C.: World Bank.
- **Grépin K.-A.** (2016) Private Sector An Important But Not Dominant Provider Of Key Health Services In Low- And Middle-Income Countries, *Health Affairs*, 35(7), 1214-1221.
- **Guillon M., Audibert M., Mathonnat J.** (2022) Efficiency of district hospitals in Zimbabwe: Assessment, drivers and policy implications, *International Journal of Health Planning and Management*, vol 37(1), January.
- **Guillon M., Mathonnat J., Narantuya B., Dorjmyagmar B., Enkhtsetseg E.** (2022) Exploring the efficiency of primary health care provision in rural and sparsely populated areas: a case study from Mongolia, *Health Policy and Planning*, vol. 37(7), August, pp. 822-835.
- **IHME** (2024) *Financing Global Health 2023: The Future of Health Financing in the Post-Pandemic Era*, Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, WA.
- **IMF a.** (2024) Regional economic outlook, Sub-Saharan Africa: a tepid and pricey recovery, Washington D.C., April.
- **IMF b.** (2024) Macroeconomic developments and prospects for low-income countries, Policy Paper, Washington D.C., April.
- **Kovacs R., Lagarde M.** (2022) Does high workload reduce the quality of healthcare?, Evidence from rural Senegal, *Journal of Health Economics*, 82, 102600.
- **Kwan A., Daniels B., Bergkvist S., Das V., Pai M., Das J.** (2019) Use of standardised patients for healthcare quality research in low and middle income countries, *BMJ Global Health* 4 (5).
- **Mathonnat J., Guillon M., Kergall P., Morillon G.** (2023) « Effets de la pandémie de Covid-19 sur l'efficience des hôpitaux de district au Burkina Faso et au Niger », Papier de recherche n°300, Agence française de développement, Paris.

- **Mcintyre D., Meheus F., Røttingen J.-A.** (2017) What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage?, *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 125-137.
- **Odipo E., Jarhyan P., Nzinga J., Prabhakaran D., Aryal A., Clarke-Deelder E., Mohan S., Mosa M., Eshetu M.-K., Lewis T.-P., Kapoor N.-R., Kruk M.-E., Fink G., Okiro E.-A.** (2024) The path to universal health coverage in five African and Asian countries: Examining the association between insurance status and health-care use, *The Lancet Global Health*, 12(1), e123-e133.
- **Sriram V., Yilmaz V., Kaur S., Andres C., Cheng M., Meessen B.** (2024) The role of private healthcare sector actors in health service delivery and financing policy processes in low-and middle-income countries: A scoping review, *BMJ Global Health*, 8(Suppl 5), e013408.
- **Toure H., Aranguren Garcia M., Bustamante Izquierdo J. P., Coulibaly S., Nganda B., Zurn P.** (2023) Health expenditure: How much is spent on health and care worker remuneration? An analysis of 33 low- and middle-income African countries, *Human Resources for Health*, 21(1), Article 1.
- **Watkins D.-A., Norheim O.-F., Jha P., Jamison D.-T.** (2017) Mortality Impact of Achieving Essential Universal Health Coverage in Low-and Lower-Middle-Income Countries, Working Paper 21 for Disease Control Priorities (third edition), Department of Global Health, University of Washington, Seattle.
- **WHO** (2016) Health workforce requirements for universal health coverage and sustainable development goals, *Human Resources for Health Observer Series* No 17, Geneva.
- **WHO** (2023) Global spending on health: coping with the pandemic, Geneva.
- **Zhang H., Fink G., Cohen J.** (2021) The impact of health worker absenteeism on patient health care seeking behavior, testing and treatment: A longitudinal analysis in Uganda, *PLOS ONE*, 16(8), e0256437.



Créée en 2003, la **Fondation pour les études et recherches sur le développement international** vise à favoriser la compréhension du développement économique international et des politiques qui l'influencent.



Contact

www.ferdi.fr

contact@ferdi.fr

+33 (0)4 43 97 64 60

n° ISSN: 2275-5055

Directeur de la publication : Patrick Guillaumont

