

Le juste prix pour la santé !

«Il y a toutes les différences du monde entre traiter les gens de façon égale et tenter de les rendre égaux. Si le premier est la condition d'une société libre, le second n'est qu'une forme de servitude ». (Hayek)

La santé n'a pas de prix a-t-on coutume de dire ! Mais elle génère des coûts à recouvrer! Il n'en ait aucun doute. Ainsi, à l'origine si la médecine s'exerçait gratuitement, les états et organes responsables, se sont très vite retrouvés impuissants devant les montants énormes engloutis par la santé, menaçant de ce fait la survie des structures de santé. La solution semble toute tracée à travers l'idéologie et les principes promus par la déclaration d'Alma-Ata : priorité aux plus vulnérables, implication de la communauté. L'Afrique est singulièrement concernée. Mais très vite, en face d'une croissance lente à venir, d'un pouvoir d'achat faible des populations, et ployant sous le poids des dépenses toujours énormes de fonctionnement, un développement vers une autosuffisance et une autodétermination des systèmes de santé s'imposait.

Solution : "**La population doit payer**" ont décidé les ministres africains avec la Déclaration d'intention "Initiative de Bamako", qui prône le recouvrement des coûts et la participation communautaire. Cette nouvelle direction impulsée par la pression des bailleurs ne serait-elle pas une invite de « privatisation de la santé en Afrique », écartant davantage l'espoir d'une éventuelle convergence vers une « couverture maladie universelle gratuite ».

Tarification des usagers : moyen ou finalité ?

En se rappelant qu'outre les ménages, les bailleurs, l'Etat et parfois les entreprises constituent les principales sources de financement de la santé; que les ressources de l'Etat, pour près de la moitié, proviennent des taxes directes (impôts sur le revenu) et indirectes(TVA...); on est tenté de se demander si la "participation communautaire", limitée à la notion économique, devient-elle pas plus une finalité qu'un moyen ? Puisque le financement de la santé désormais « privé »¹, revient dans ce cas à faire payer directement ou indirectement les ménages soit par – cotisation – forfait – à l'acte et/ ou des médicaments. Seuls les deux derniers font l'objet de tarification des usagers.

D'emblée cette mesure se justifie par la raison d'être du recouvrement des coûts « **alternative de financement complémentaire**» qui améliorerait la

¹ SAKHO, CISSE, CODIA : Etudes des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal, 1996 Massachusetts.

volonté contributive des populations tout en générant des ressources constantes pour financer le fonctionnement des structures et activités de santé. Les services de santé ne seraient plus menacés de fermeture, la qualité des soins s'amélioreraient vu les ressources plus fiables et plus conséquentes, la couverture sanitaire étendue et la motivation des prestataires de soins dynamisée. Ce que le temps a prouvé².

Ainsi, à un pauvre comme un riche se présentant à l'hôpital, il est demandé une contribution financière. Paient-ils : Egalitairement ? Selon les risques ? Selon le bénéfice ? Selon les capacités ?

Si la justice sociale clame que le dernier serait le plus équitable, la réalité est tout autre. Déjà lors de la conférence internationale sur le financement communautaire (Sierra Leone, 1989) on s'inquiétait des conséquences de cette politique tarifaire sur les plus pauvres. En effet, le paiement direct, n'est pratiquement jamais calculé selon la capacité financière des populations. Il peut également être très différent d'un centre de santé à l'autre dans un même district sanitaire. Ainsi, pour une même capacité à payer, certains payeront plus que d'autres.

De nos jours il n'est pas étonnant de s'entendre dire : « *ici les gens n'ont pas de sous, ils préfèrent mourir avec leurs maladies !* ». La généralisation du recouvrement des coûts, imposée par les bailleurs de fonds dans les formations sanitaires publiques³, n'a-t-elle pas transformé celles-ci en centres de soins payants : **pas d'argent, pas de soins ...** au point parfois d'en vider les structures. Les tarifs de consultation, très élevés pour 59% des populations pauvres, constituent la première cause de non consultation(2). Quelle ne fut ma surprise lors de la visite du cabinet dentaire d'un hôpital régional au Burkina, de constater que, ce cabinet fortement équipé avec en prime 2 unités dentaires en réserve, reçoive entre 2 à 4 patients par semaine : que des urgences ! Pourquoi ? Les gens n'ont pas les moyens de payer la consultation (300FCFA). Qu'en est il de tous ces anonymes, agonisant chez eux ou ayant recours à des solutions peu orthodoxes pour soulager leur douleur, de ceux qui meurent aux portes de nos hôpitaux faute de moyens. « *Y a pas que les soins, y a aussi les médicaments !* » Malgré l'IB, 65,5% des pauvres ont des difficultés à honorer leurs ordonnances⁴. En

² SOURA : Impact sûr de la tarification et de la qualité des soins sur l'utilisation des services de l'hôpital de Boromo/ BURKINA FASO.

³ SARDAN : politiques de santé à l'abandon, 2004.

⁴ INSD, 1997

somme, l'utilisation des services (et soins préventifs)⁵ et l'équité d'accès aux soins sont négativement affectées.

Applicabilité judiciaire en Afrique

Quand on sait que malgré la croissance de la population active (509 millions, Afrique, 2005), ils sont 57,7% en Afrique sub-saharienne à vivre avec moins d'un dollar par jour et 87,1%, avec moins de deux dollars⁶. On imagine aisément que l'absence de prise en charge des indigents accroisse la barrière financière pour les couches vulnérables, pour qui, se soigner revient à s'appauvrir d'où une médecine qualifiée d'« *iatrogenic poverty* ». De plus, l'évolution sociale, à prôner une justice plus proche de l'égalité que de l'équité, et à réduire les comportements de solidarité, agrandi le gouffre dans lequel se trouvent les indigents les précipitant dans une « *medical poverty trap* ».

Par ailleurs, les dépenses de santé en Afrique sont largement soutenues par l'extérieur. De ce fait, les pays se contentent généralement de suivre les changements successifs d'orientation dictés par les institutions internationales avec les réorganisations des flux financiers qui les accompagnent : soins de santé primaires - recouvrement des coûts - réorganisation de la pyramide sanitaire - réformes hospitalières aujourd'hui, sans compter les multiples opérations verticales impulsées régulièrement autour de pathologies « à la mode » (Sida, Paludisme...). De plus l'IB donnait l'illusion qu'à la fin du soutien des bailleurs de fonds les Centres de Santé, gérés par les populations — voire les gouvernements africains — deviendraient financièrement autonomes. En outre les budgets santé relativement faibles, représentent moins de 10% des budgets nationaux (3,1% Cameroun 1999 ; 5,32% Côte d'Ivoire 1999 ; 6,5% Sénégal 2007)⁷. S'y associe la forte part du paiement direct dans le financement privé (97,90% Burkina Faso ; 68,20 Gambie, 94,50 Sénégal en 2004)⁸. Considérant, la priorité actuelle des gouvernements à résoudre le problème de « vie chère », on est porté à penser que le chapitre sur la tarification des usagers tardera à venir.

« Tout service » à un prix ! Cependant l'application de tarifs très bas favoriserait une consommation irrationnelle des services et une mauvaise utilisation du système de soin dans son ensemble(1). Vu les risques élevés de

⁵ HADDAD, FOURNIER, 1995

⁶ BIT, 2006

⁷ LAFARGE, 2008

⁸ OMS

résultats complètement opposés d'une éventuelle « gratuité », et ceux déjà encourageant bien que très sensible, il convient de trouver la formule la plus adaptée au contexte et réalités Africaines. En effet, l'Afrique a cet avantage d'avoir importé l'expérience des autres systèmes traditionnels même s'ils subissent encore des réformes. Le financement « pur » privé de la santé à largement montré ses limites justifiant la création d'un financement-santé parallèle aux USA pour les vieux et les indigents. Cependant, le financement indirect -pré-participation - obligatoire (Angleterre) ou volontaire - cotisations- (France, Allemagne) semblent les plus fiables, justifiant que l'Europe, qui dans les années 80 avait mis l'accent sur la limitation des budgets et le paiement direct, penche depuis une décennie sur des actions plus fines de gestion interne du système.

Certes, le poids de la pauvreté, la dépendance extérieure financière et politique, la forte disparité inter-pays sinon inter-régions, la prédominance de l'informel n'augurent pas d'un avenir certain du paiement direct de la santé. Néanmoins, les valeurs africaines étant ce que nos mamans font chaque fois quand le malheur ou le bonheur frappe chez des proches : conseils de famille, contribution, tontines, etc., les populations Africaines ont démontré qu'elles sont prêtes à supporter la santé. En témoigne l'adhésion croissante à la micro-assurance santé ou mutuelle.

De plus de nombreuses perspectives d'autofinancement telles - préfinancement - taxes sur revenus – taxes spécifiques (TVA) – formalisation intégrée de la médecine traditionnelle – s'offrent. Mais importer ou appliquer des expériences comme des mesures globales sans **adaptation prudente... préalable** relève du « suicide ». Chacun pourrait participer selon ses capacités. Cette recherche-action nécessite de mettre à contribution des outils de prévision, l'établissement d'une base de données fiables pour une analyse plus spécifique et la mise en œuvre de « **réformes sur mesure** », indéniable résultat de l'effort conjoint et multidisciplinaire des responsables Africains qualifiés et conscients et leur tâche, de leur devoir.

La situation des indigents ne présente à priori pas toutes les caractéristiques d'un problème public. Néanmoins, paraît urgent, pour des raisons scientifiques et de solidarité, de <work out> la formule idéalement adaptée pour endiguer cette exclusion. La Lybie comme la Gambie, où dénote une forte volonté politique ne démentiront pas.

Seulement, les bonnes intentions, mal orientées, évoluent dans le mauvais sens, éventuellement, “something happen on the way to heaven...”