

Quels systèmes de santé ?

FINANCEMENT DE LA SANTÉ DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU : QUESTIONS RÉCURRENTES, NOUVEAUX DÉFIS

M. AUDIBERT, J. MATHONNAT, E. DE ROODENBEKE

Med Trop 2004; 64 : 552-560

RÉSUMÉ • Les politiques de financement de la santé dans les pays à faible revenu ont été marquées par trois orientations successivement dominantes. La première, basée sur la gratuité des soins, a d'abord reposé sur le développement de programmes verticaux puis sur la nécessité de rendre les soins de santé primaires accessibles à tous. La seconde, tout en réaffirmant l'orientation en faveur des soins de santé primaires, introduit la participation financière des usagers et cherche à intégrer les actions de santé selon une approche en termes de système de santé de district. La troisième, fortement influencée par les analyses entre santé et développement et les Objectifs Du Millénaire, met en exergue la nécessité de développer les dispositifs assuranciers. Les analyses menées ces dernières années sur les relations entre dépenses de santé et état de santé montrent que ce n'est pas tant le niveau des dépenses de santé qui joue un rôle déterminant, que leur efficacité et leur efficacité. Parallèlement, se développe une volonté d'intégrer de manière synergique les différents acteurs des systèmes de santé et par là, de clarifier le rôle de chacun en faisant de plus en plus intervenir dans le financement des critères opératoires tels que « bien public », externalités, coût catastrophique et équité. Dans l'ensemble, des avancées significatives existent dans de nombreux de pays bien que des domaines restent encore trop négligés, c'est notamment le cas de la prise en charge des plus pauvres (au-delà de la rhétorique des discours), du suivi du financement et la gouvernance. Enfin, l'accroissement considérable du volume de l'aide extérieure, déjà amorcé en certains États, peut avoir des conséquences non négligeables sur l'équilibre macroéconomique et induire des effets préjudiciables à la santé, justifiant la mise en place de politiques prudentes et non dogmatiques.

MOTS-CLÉS • Santé - Financement - Budget - Pays à faible revenu - Assurances.

FINANCING HEALTHCARE IN LOW-INCOME COUNTRIES: RECURRING QUESTIONS, NEW CHALLENGES

ABSTRACT • Healthcare financing policies in low-income countries have gone through three successive phases. In the first phase the dominant approach was based on free access to healthcare and focused first on development of vertical programs and then on the necessity of providing primary care to all. While maintaining the emphasis on accessibility to primary care, the second policy phase introduced user fees and attempted to integrate healthcare programs into district-based healthcare structures. The third phase has been strongly influenced by the relationship between healthcare and development and the Millennium Objectives and places strong emphasis on necessity of developing insurance schemes. Recent studies on the relationship between healthcare spending and health status indicate that the efficiency and effectiveness of healthcare spending plays a more determinant role than the amount. At the same time an effort is being made to develop synergy between the different players in the health care systems and to clarify the role of each player by hinging financing decisions on operating criteria such as « public welfare », externalities, catastrophic costs, and equity. Although many countries have made significant progress, there are still several lagging areas, i.e., coverage for the poorest segment of the population (despite the rhetoric), follow-up of financing, and governance. Increasing external aid already initiated by several states may have a non-negligible impact on the macroeconomic balance. Since these changes could lead to adverse effects on health, there is a need to implement careful non-dogmatic policies.

KEY WORDS • Healthcare – Financing – Budget – Low-income countries – Insurance.

Il est au moins une caractéristique commune dans le domaine du financement de la santé entre pays industrialisés (PIND) et pays en développement (PED), c'est la tension entre le besoin de financement et les ressources mobilisables. Certes, cette tension ne se situe pas au même niveau selon qu'on se trouve dans les uns ou dans les autres, mais le constat selon lequel il est impératif de développer des

approches pour rendre plus efficaces¹ (coût-efficace) les interventions publiques et privées de santé est assez comparable. De même, tout comme les PIND ont eu, ou ont, à faire face à la prise en charge de la santé de leurs « pauvres », les PED se demandent comment rendre financièrement accessibles les soins de santé à tous, au moins pour un « panier minimum d'activités de base ». Mais là s'arrête la similitude puisque les « pauvres » dans les pays riches représentent une minorité alors qu'ils constituent la majorité de la population dans les PED.

Le constat sur le financement de la santé est quasi identique dans l'ensemble des pays à faible revenu : insuffi-

• Travail du Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI), UMR CNRS (M.A., Directeur de Recherche au CNRS; J.M., Professeur de Sciences Economiques), Université d'Auvergne et de la Banque Mondiale, (E.d.R., Senior Health Economist), Washington. « Les idées émises dans cet article n'engagent que leurs auteurs ».

• Correspondance: M. AUDIBERT, CERDI, 65 Bd. François Mitterrand, 63000 Clermont-Ferrand • Fax : +33 (0)4 73 17 74 28 •

• Courriel : M.Audibert@u-clermont1.fr •

• Article sollicité.

¹ La question de l'efficacité se pose à deux niveaux : pour le type d'action de santé qu'il faut choisir et pour la forme de distribution des services qu'il faut privilégier.

finances de ressources, inefficience et inéquité des systèmes, errance en quête de solutions qui ont du mal à se mettre en place. Mais en toile de fond, il y a d'une part une dynamique enclenchée, et d'autre part des avancées significatives en certains domaines que les auteurs de ces lignes jugent très encourageantes, même si la tâche est immense, que des lacunes et insuffisances subsistent et que les progrès sont très contrastés selon les pays et selon les aspects du financement considérés.

On se propose dans cet article d'examiner une sélection de questions liées au financement de la santé dans les pays à faible revenu, plus spécialement dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara². On analysera l'évolution des approches ayant conduit à la dynamique actuelle en matière de financement de la santé (chapitre 1) avant de montrer pourquoi augmenter les dépenses de santé impose une amélioration simultanée de l'efficacité (chapitre 2). Dans un troisième chapitre nous examinons des avancées qui nous paraissent particulièrement intéressantes avant de souligner que des questions majeures restent en jachère (chapitre 4) et de voir pourquoi l'augmentation de l'aide au secteur santé soulève de nouveaux défis (chapitre 5). La conclusion expose brièvement en quoi d'autres réformes sont indispensables au succès des efforts entrepris en matière de financement de la santé.

ÉVOLUTION DES APPROCHES : LES PRINCIPALES ÉTAPES ET LEURS LIMITES

Les politiques de financement de la santé ont été marquées par trois orientations successivement dominantes : gratuité des soins dont on verra qu'elle était assez fictive, participation financière des usagers, aux résultats très contrastés, partage des risques dans des mécanismes assuranciers, encore peu développés mais qui constituent une dynamique nouvelle assez prometteuse.

Dans les années 60, les politiques de santé se définissaient en termes de programmes verticaux privilégiant des stratégies de lutte contre les grands fléaux en négligeant les actions en faveur de la viabilité des organisations qui conçoivent et exécutent ces politiques. Cette approche était logique à une époque où la santé, définie comme l'absence de maladie, était marquée par une forte déficience de l'hygiène du milieu et par des pratiques culturelles néfastes à la santé. La situation épidémiologique, dominée par les pathologies infectieuses, se prêtait bien à une stratégie de lutte où la cause était identifiée, les mécanismes d'intervention connus et la logistique nécessaire bien maîtrisée. La cause directe des fléaux relevait du champ de la médecine dont les professionnels étaient à la tête de l'administration chargée de la santé. La prise en compte de la dimension économique n'entraînait pas dans la culture dominante. Le contexte politique et économique de cette époque était aussi favorable à cette logique réduisant les politiques de santé à une série d'actions bien délimitées, conduites pour répondre aux besoins sociaux de la population : la croissance était considérée comme le moteur du développement induisant mécaniquement, avec

l'élévation du niveau de vie, l'amélioration de la santé de la population. La très forte progression de l'espérance de vie des pays les moins avancés entre la décennie 60 et le milieu des années 80 pouvait donner raison aux arguments politiques et économiques de l'époque, d'autant que des analyses statistiques montraient qu'une large part de cette progression résultait de l'amélioration des conditions de vie, d'une meilleure sécurité alimentaire et de l'élévation du niveau d'éducation.

Mais cette approche du financement en termes de grands programmes verticaux nécessitait de mobiliser des ressources au service d'une organisation spécifique dont le principal, sinon le seul objectif, était de réaliser les programmes de lutte sous toutes leurs composantes. Compte tenu des faiblesses des ressources nationales, les financements des programmes provenaient des bailleurs de fonds qui en contrôlaient souvent l'organisation de manière à s'assurer de la meilleure efficacité des moyens utilisés tout comme du respect du programme d'intervention. Dans les programmes verticaux, les circuits des ressources échappaient donc le plus souvent aux règles de fonctionnement des institutions relevant du système national de santé. En conséquence, rares étaient les pays concernés qui ont pu ou su s'organiser afin d'être en mesure de faire face par eux-mêmes aux défis sanitaires à relever dans les deux décennies qui ont suivi la décolonisation. De plus, les programmes verticaux ne réglèrent qu'une partie des questions de santé. Or, les États se sont rapidement trouvés confrontés à des problèmes de financement croissants auxquels s'ajoutaient les problèmes récurrents d'accessibilité aux soins, d'équité, de qualité d'une part et d'autre part des résultats de santé assez décevants. Il y avait bien sûr des exceptions notables dont la Chine et Cuba sont des exemples emblématiques³. Ces préoccupations ont conduit en 1978 à la conférence internationale d'Alma-Ata, dont la stratégie toujours fondée sur la gratuité des soins, mais expressément focalisée sur « les soins de santé primaires » à vocation de couverture universelle, devait permettre d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous ».

Alors même que cette stratégie, qui apparaissait moins spécifique et plus équitable, faisait l'objet d'un large consensus, son mode de mise en place avait été peu discuté et laissait dans l'ombre d'importantes questions d'organisation.

De nombreux pays adoptèrent cette stratégie avec des succès très mitigés. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 80 que la prise de conscience de l'échec relatif des politiques de santé a conduit à rechercher l'intégration des actions de santé dans le cadre d'une organisation sanitaire selon une logique de système. L'accent est alors mis sur l'approche en termes de système de santé de district afin de permettre à la population d'accéder aux soins de santé primaires qui restent

² Certains thèmes, comme par exemple le financement de l'accès aux ARV, ne sont pas abordés ici car ils sont largement développés, soit dans ce volume, soit dans des publications récentes.

³ La Chine avait mis en place un système de coopératives médicales rurales financées par un prélèvement sur la production et axées sur les soins primaires qui a donné des résultats remarquables compte tenu du faible niveau de vie de la population (1).

la priorité affichée. Ce tournant est important car il ménage une place beaucoup plus large aux institutions.

Parallèlement, ce qu'il est convenu d'appeler la crise des années 80 a profondément affecté les finances publiques des PED. Elle a donné un relief particulier à la sous dotation des budgets de la santé et donc à l'insuffisance du financement principalement assuré par des fonds publics internes et externes. Il serait cependant incorrect de dire que la crise a créé l'insuffisance du financement public ; mais qu'elle en ait amplifié les difficultés de manière parfois dramatique est incontestable. On voit alors apparaître⁴ : (i) Une forte diminution de la qualité générale des soins et une accentuation des inégalités de couverture, y compris pour les soins de santé primaires ; (ii) La quasi généralisation des paiements informels rendant la gratuité des soins très largement virtuelle. L'instauration d'un paiement non officiel introduit une barrière à l'accès au même titre qu'un tarif officiel ; d'une manière générale les riches ne paient pas davantage que les pauvres pour compenser l'insuffisance de financement. Les paiements résultant d'un abus de pouvoir et de l'extraction d'une rente n'ont pas d'effet positif sur l'efficacité, bien au contraire ; (iii) Une absence quasi générale de dispositifs permettant, dans la réalité, de favoriser l'accès des pauvres aux soins. La politique d'augmentation de l'offre de soins dans les zones rurales (les plus pauvres) s'est le plus souvent soldée par la présence d'infrastructure déserte, le personnel comme les moyens de fonctionnement faisant cruellement défaut⁵.

Ces évolutions font voler en éclats les principes d'Alma-Ata. C'est dans ce contexte qu'a mûri la réflexion qui devait déboucher en 1987 sur l'Initiative de Bamako, consacrant, entre autres principes, celui de la participation financière des usagers sous forme de paiement direct (ou partage des coûts), souvent abusivement désignée par l'expression de « recouvrement des coûts ». Il est apparu très vite évident, si ce n'est depuis le début même de l'Initiative, qu'elle ne saurait à elle seule constituer une formule permettant de sortir les systèmes de santé de l'ornière et garantir à tous un accès à des soins, même de base, de qualité. Mais elle était une alternative pour corriger partiellement l'insuffisance de financement public et améliorer la qualité des soins en étant couplée à un approvisionnement en médicaments génériques, l'ensemble devant déboucher sur une diminution nette du coût réel des soins (3). Elle s'inscrivait par ailleurs dans une recherche de l'efficacité, dimension quasi occultée dans les débats souvent pollués par des dogmatismes de tout bord. Deux effets potentiels sont attendus :

- tout d'abord, le partage des coûts s'assimile dans un premier temps à un allègement de la contrainte financière de l'Etat, ce qui lui permet d'améliorer son efficacité allocative en concentrant davantage ses dépenses là où les bénéfices sociaux sont, dans le système de santé, les plus importants ;

- en second lieu, le partage des coûts peut améliorer l'efficacité des structures de soins et la qualité des prestations en permettant d'octroyer des incitations financières au personnel et en générant un contrôle venant d'« usagers-clients » plus exigeants.

Souvent, des biais méthodologiques sont venus brouiller les conclusions et ont conduit à condamner le principe du paiement des usagers⁶ sur la base d'expériences où le « recouvrement des coûts » intervenait dans un contexte mal analysé, avec des modalités d'application souvent mal conçues et dévoyées, avec ou sans gestion communautaire. Il est évident que lorsque le paiement des usagers s'accompagne d'un désengagement financier important de l'Etat, sans que la qualité des soins et la disponibilité en médicaments à faible coût ne s'améliorent et sans que le coût réel total net de l'accès aux soins ne baisse, pour ne citer que ces aspects, la demande de soins, notamment des pauvres, va diminuer !

Il n'est pas besoin de rappeler que des facteurs autres que financiers, mais tout aussi déterminants, peuvent expliquer des résultats décevants. Il est donc bien établi que les effets attendus du « recouvrement des coûts » n'ont rien d'automatique. Aujourd'hui, l'utilité d'une participation financière des usagers n'est plus guère remise en cause, mais l'accent est mis sur le développement des formules de prépaiement. De plus, un recentrage s'opère sur ce qu'il est raisonnable d'en attendre et sur l'importance fondamentale - longtemps négligée - des modalités de mise en œuvre et de contrôle. Les évaluations menées selon des méthodes rigoureuses montrent en effet des résultats extrêmement contrastés, avec d'un côté des échecs patents en matière de fréquentation, un effondrement de la qualité et une augmentation de l'inégalité (4, 5) et de l'autre des progrès remarquables dans ces mêmes domaines (6, 7).

Depuis les années 90, la réflexion sur le financement des systèmes de santé s'oriente dans deux directions principales.

En premier lieu et sous l'influence des travaux d'Armatya Sen notamment⁷, s'opère un approfondissement de l'analyse des relations polymorphes entre santé et développement d'une part et de la problématique de la santé dans la lutte contre la pauvreté d'autre part. Les conclusions en sont très largement intégrées dans les approches opérationnelles de l'OMS, de la Banque Mondiale et du PNUD et des bailleurs bilatéraux reconnaissant l'importance de l'efficacité des politiques de santé comme facteur de développement. Plus spécifiquement, le financement de la santé devient partie intégrante de la lutte contre la pauvreté (9). Cette approche est aujourd'hui très claire dans les documents cadre de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) et dans les modalités de l'initiative d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (PPTE).

⁴ Situation que connaîtront plus tard les pays de l'ex bloc soviétique (2).

⁵ Les causes de la faible attractivité des postes en zone rurale sont connues mais aucune des solutions palliatives n'a jamais été sérieusement mise en œuvre.

⁶ Certains arguments ignorent les dimensions socioculturelles en matière de capacité à mobiliser des ressources pour la santé (capacité à payer) et en matière de volonté à payer. En Afrique, les dépenses souvent considérables (en valeur absolue et en proportion du revenu) engagées pour les funérailles et les mariages, y compris par des ménages très modestes sont mises en avant. Il ne s'agit pas d'ignorer leur importance sociale et symbolique, mais on constate que la capacité et la volonté à payer ne sont souvent pas les mêmes lorsqu'il s'agit de dépenses de santé.

⁷ Des idées majeures d'A. Sen sont reprises dans (8).

En second lieu, une vaste réflexion théorique et opérationnelle s'est engagée sur le financement de type assurantiel et, plus globalement, sur le financement de la santé comme élément d'un dispositif de protection sociale⁸. Le secteur formel qui disposait déjà de mécanismes d'assurance plus ou moins performants a d'abord vu se développer avec des résultats mitigés des efforts pour améliorer et élargir les dispositifs existants. Beaucoup reste à faire. En Afrique, le secteur informel - qui comprend la plus grande partie de la population - fait l'objet d'une grande attention, avec notamment le développement, toutefois plus lent et moins ample que souhaité, des mutuelles et des dispositifs de prépaiement communautaires. Le développement de l'assurance universelle, bien que souhaité par de nombreux pays africains, est en effet très délicat en raison même de l'importance de l'économie informelle qui implique une faible capacité des gouvernements à collecter les impôts, à redistribuer les ressources et à gérer le risque. D'où une dynamique très riche et un foisonnement d'initiatives portant sur les mutuelles de santé et les schémas de micro-assurance santé fondés sur une base communautaire avec l'appui de divers partenaires (ONG, ministères de la santé, de l'emploi, bailleurs institutionnels⁹ (10). Mais, le problème de la pérennité de ces schémas se pose : à titre d'exemple, les mutuelles peuvent-elles, du fait d'un nombre de cotisants très limité, assurer les coûts catastrophiques et survivre durablement au retrait de leurs appuis extérieurs ? Cela soulève entre autres la très importante question de la réassurance (11). Par ailleurs les mutuelles, telles qu'elles fonctionnent, laissent pratiquement inchangé le problème du financement de l'accès aux soins des très pauvres.

Cependant, l'engagement de pays comme le Ghana et le Kenya vers des systèmes à vocation universelle mais se déclinant au niveau du district de santé en prenant appui sur les formules de micro-assurance préexistantes ouvre une voie qui mérite une attention particulière.

AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE DE LA DÉPENSE

Il ne suffit pas d'augmenter le volume des ressources consacrées au financement de la santé, il faut améliorer l'efficacité de la dépense.

Des études effectuées depuis une dizaine d'années ont permis de mieux comprendre les relations entre dépenses de santé et amélioration de l'état de santé. Les dépenses de santé, en tant que telles, ne jouent un rôle que si l'on ne tient pas compte des autres facteurs qui influencent l'état de santé (revenu, éducation, etc.). Mais si on intègre ces derniers dans les analyses, les dépenses de santé sont soit statistiquement non significatives, soit significatives avec des coefficients très faibles. Cela montre qu'elles ont un impact réduit sur l'état de santé et ce, quelle que soit la façon dont elles sont spécifiées dans les modèles économétriques (dépenses totales, dépenses publiques et privées en pourcentage du PIB, en valeur PPA, dépenses publiques en pourcentage du budget). Ces résultats suggèrent, au-delà de l'effet des facteurs exogènes¹⁰, que dans l'ensemble les dépenses de santé ont été uti-

lisées d'une manière (assez) inefficace et (assez) inefficente. Les causes de ces résultats globalement décevants sont connues et montrent sans ambiguïté pourquoi il ne suffit pas d'augmenter les dépenses publiques de santé (et les dépenses totales) pour améliorer l'état de santé.

Les activités préventives sont souvent négligées dans la pratique, les soins curatifs sont généralement de qualité insuffisante et peu efficaces, les dépenses profitent principalement à une minorité, l'ensemble du système distille des incitations qui vont dans le sens d'une faible efficacité et d'une faible efficience, etc.¹¹.

De plus, cette problématique doit être éclairée par une analyse différente concernant le rôle de l'offre de santé. En particulier la fonction de sécurité qui s'analyse comme un bien public ne peut être mesurée en terme d'évolution des indicateurs socio-démographiques ou sanitaires. Il en est de même d'autres fonctions comme celle de la formation. Une part très importante des ressources (40 % à 80 % selon les pays) est absorbée par les hôpitaux en zone urbaine qui répondent - de manière certes très imparfaite - à ces deux dimensions alors qu'ils ont un impact négligeable sur l'état de santé d'une population. A cela s'ajoute le fait, compte tenu de la valeur élevée des élasticités prix croisées entre la demande de soins dans le secteur public et dans le secteur privé, qu'une augmentation de l'offre de soins publics de qualité raisonnable à relativement faible coût pour l'utilisateur peut détourner une part importante de la demande solvable qui s'adressait au secteur privé. Lorsque cela se produit, il y a un transfert de demande du privé vers le public qui fait que l'augmentation des dépenses publiques va se traduire par une faible demande *additionnelle* de soins¹².

Ces différentes considérations montrent qu'il existe une large marge pour améliorer la performance dans le secteur de la santé. Cette amélioration peut se conduire sur deux registres complémentaires. L'un porte sur la nature des interventions de santé qu'il faut privilégier (améliorer la couverture vaccinale plutôt que de faire de la chirurgie cardiaque infantile dans un pays comme le Cambodge par exemple). L'autre relève davantage d'une approche de type benchmarking, en créant une dynamique favorable pour que les organisations de santé optimisent leurs processus de production. Dans ce domaine, il y a beaucoup à faire dans les pays en développement où la pénurie de ressources ne limite pas pour autant différentes formes de gaspillages.

D'une manière générale, si les dépenses publiques de santé sont convenablement ciblées dans des organisations suffisamment performantes et portent sur des interventions efficaces soit au regard des causes qui déterminent la mortalité des groupes cibles soit au regard de finalités sociales clairement identifiées comme prioritaires, si elles sont inté-

⁸ Cf. par exemple les interventions du BIT/STEP.

⁹ Le soutien aux mutuelles de santé est l'un des axes forts de la Coopération française.

¹⁰ Chute du revenu, etc.

¹¹ Mais progressivement, les situations évoluent, bien que de manière très hétérogène, dans nombre de pays (cf. ci-après).

¹² Il y a naturellement d'autres facteurs que le prix qui entrent en ligne de compte et qu'il faut analyser au cas par cas.

grées dans des politiques cohérentes d'amélioration de la santé, elles seront efficaces. C'est ce dont témoignent entre autres - pour des périodes variées - les expériences bien documentées de la Chine, de Cuba, du Vietnam, de l'Etat du Kerala en Inde et du Sri Lanka qui sont des pays à faible revenu et qui ont une situation sanitaire comparable - sinon meilleure - que celle de plusieurs pays à revenu intermédiaire.

Ceci dit, et même en incorporant les gains d'efficience possibles, l'insuffisance du financement de la santé est patent, bien qu'il n'existe naturellement pas de normes tant les contextes nationaux sont spécifiques. Mais depuis une dizaine d'années plusieurs approches éclairantes ont été développées. Elles ont en commun de mettre l'accent sur la nécessité d'adopter des stratégies ciblées sur un ensemble d'interventions pour parvenir de manière efficiente à une forte réduction de la mortalité évitable. Ces approches s'articulent globalement autour du concept de «paquet minimum d'activités coût-efficace». Elles fournissent des repères très généraux, fourchettes d'ordres de grandeur qui sont une première balise pour amorcer la réflexion sur une stratégie nationale de financement.

En 2001, le rapport de la Commission macroéconomie et santé de l'OMS (13) a adopté une approche dans l'esprit assez comparable au rapport pionnier de 1993 de la Banque Mondiale. Il étudie le coût des interventions essentielles requises pour éliminer une grande partie de la mortalité évitable dans les pays à bas revenu. Des objectifs quantitatifs sont fixés à l'horizon 2007 et à l'échéance 2015, constituant ce que l'OMS appelle «le passage à l'échelle supérieure»¹³ par rapport au constat fait au tournant de la décennie. Selon les auteurs du rapport, cette étude représente une estimation prudente de ce qu'il est possible de faire en se basant sur les infrastructures et le personnel qualifié actuellement en place et sur l'hypothèse d'investissements ambitieux mais réalistes de la part du secteur public avec des augmentations progressives¹⁴. Il ressort des calculs que pour atteindre les taux de couverture fixés pour 2007, il en coûterait 35\$ par personne et par an soit 14\$ supplémentaires dans les pays à faible revenu par rapport au niveau de dépenses estimées à 21\$ par tête au tournant du XXI^e siècle. Ces ordres de grandeur sont cohérents avec les estimations obtenues dans d'autres études¹⁵.

DES AVANCÉES VERS DE NOUVELLES STRATÉGIES OPÉRATIONNELLES DE FINANCEMENT ET UNE AMORCE DE CLARIFICATION DU RÔLE DES ACTEURS

La mise en place de la participation financière des usagers alors que la grande majorité de la population des pays pauvres n'était pas couverte par des assurances, a conduit à s'interroger sur la prise en charge des soins à coût catastrophique : devaient-ils être financés par les finances publiques, par les patients, par la solidarité (16) ? Mais au-delà du coût catastrophique, cette question se pose pour l'ensemble de la santé.

Le tableau I montre l'importance des différents modes de financement de la santé dans les PED (public, privé, assurantiel). Il existe tendanciellement une relation inverse entre

le niveau de développement économique et le financement privé : au fur et à mesure que le PIB par habitant s'élève, la part du financement public augmente et celle du financement privé se contracte¹⁶. Dit en d'autres termes, plus un pays est pauvre, plus la part du financement privé - principalement les paiements directs car les formules de prépaiement sont peu répandues - est importante. Elle est de plus de 50% dans les pays d'Afrique. Cela confirme si besoin était la dimension des questions d'équité. On notera également le poids de l'aide extérieure (hors ONG). Dans la plupart des pays subsahariens, le financement extérieur représente 60%-80% des dépenses d'investissement dans la santé.

Ceci dit, on observe aujourd'hui que la plupart des PED n'a pas encore de véritable stratégie de financement de la santé, définissant explicitement et de manière extensive qui doit financer quoi. Il n'y a que rarement une articulation réelle entre les différents modes de financement public d'un côté et privé (paiements par l'usager et assurances, principalement mutuelles) de l'autre. Mais des avancées majeures sont en cours, notamment en matière de financement public, et par voie résiduelle, pour les autres modes de financement.

Dans nombre de pays la réflexion non seulement progresse, mais elle se traduit au niveau opérationnel. Et de plus en plus se diffuse l'idée clé que le financement de la santé doit être un instrument à combiner avec d'autres mécanismes pour «acheter des résultats» et non simplement pour financer des intrants. Citons quelques éléments :

(i) Développement des approches programme intégrées de type SWAP (Sector Wide Approach), pour une meilleure coordination des actions des Etats et de leurs partenaires extérieurs, conduisant à une réorientation de la conditionnalité axée sur une meilleure prise en compte des résultats. Lorsque les donateurs sont nombreux et que leurs contributions représentent une part importante des ressources allouées à la santé (plus de 20% dans nombre de pays au sud du Sahara), les risques ne sont pas minimes de voir s'éparpiller les priorités et augmenter l'inefficience du système de santé. Les SWAP réduisent notablement ces risques et favo-

¹³ Par exemple, 70% des cas de tuberculose traités en 2015 contre 44% estimés en 2002 ; taux de vaccination BCG/DTC de 90% contre 75% en 2002 ; accouchement en présence de personnel qualifié de 90% contre 45%, etc. (Cf. 13).

¹⁴ L'OMS a ainsi calculé « des estimations qui visent à couvrir le coût économique complet des interventions sanitaires, y compris les coûts directs des médicaments et des services de santé, les immobilisations de capitaux, l'appui gestionnaire et institutionnel complémentaire et le coût de la formation du personnel nouveau » (p. 59).

¹⁵ Evans et alii (14) chiffrent à 80 \$ PPA (corrigés de la parité des pouvoirs d'achat) le coût annuel par habitant de services de santé efficaces. Si on considère qu'un dollar courant vaut approximativement deux à trois dollars PPA (OMS), l'estimation faite par Evans et alii revient à 33-40 \$ courants. Gupta, Verhoeven et Tiongson (15) estiment pour leur part que la réduction des deux tiers de la mortalité infantile en 2015 dans les pays à faible revenu nécessite environ une dépense équivalente à 12 % du PIB, soit 35-40 \$ par habitant et par an.

¹⁶ Globalement, cette relation vaut également pour les pays industrialisés. Mais la situation des Etats-Unis constitue une exception notable puisque c'est le seul pays développé où autant de ressources passent par le canal du secteur privé lucratif (tant pour l'assurance que pour l'offre de services)... avec des résultats inférieurs à ceux de la France ou de la Grande-Bretagne qui dépensent moins par habitant et en pourcentage du PIB !

Tableau I - Dépenses de santé dans quelques pays en développement d'Afrique et industrialisés en 2001.

Pays	Dépenses de santé (en %)				Dépenses de santé par habitant en \$ internationaux	
	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	totales	publiques
Afrique						
Bénin	4,4	46,9	53,1	10,9	39	18
Burkina Faso	3,0	60,1	39,9	8,1	27	16
Cameroun	3,3	37,1	62,9	7,8	42	16
Côte d'Ivoire	6,2	16,0	84,0	6,0	127	20
Gabon	3,6	47,9	52,1	7,3	197	94
Mali	4,3	38,6	61,4	6,8	30	12
Sénégal	4,8	58,8	41,2	12,9	63	37
Moyenne Afrique	4,4	53,5	46,5	9,4	75,8	43,0
Médiane	4,3	55,5	44,5	8,6	45	23,5
Ecart-type/moy.	0,36	0,30	0,34	0,42	1,05	1,26
Minima/Maxima	2/7,8	16/78,9	21/84	1,9/18,9	12/381	5/252
Moy. autres PED	5,4	50,0	50,1	10,3	293,8	147,3
PIND						
Allemagne	10,8	74,9	25,1	16,6	2820	2113
Belgique	8,9	71,7	28,3	13,0	2481	1778
Danemark	8,4	82,4	17,6	12,8	2503	2063
France	9,6	76,0	24,0	13,7	2567	1951
Royaume Uni	7,6	82,2	17,8	15,4	1989	1634
USA	13,9	44,4	55,6	17,6	4887	2168

Source : OMS, 2004 (18).

risent l'appropriation des politiques de santé par les Etats, bien que des difficultés subsistent souvent pour intégrer l'ensemble des ressources tout comme pour améliorer significativement l'efficacité de la dépense publique ;

(ii) Développement de la budgétisation par programme avec fixation de priorités dans les Cadres de Dépenses Publiques à Moyen Terme, avec l'introduction encore peu répandue (Ethiopie, Mauritanie, Niger,...) d'une approche fondamentale, la « Budgétisation de la suppression des goulots d'étranglement » (dite MBB, Marginal Budgeting for Bottlenecks). Schématiquement, l'idée consiste à partir d'objectifs prioritaires à atteindre en matière de résultats de santé et à budgétiser les ressources nécessaires pour supprimer progressivement les goulots d'étranglement qui font obstacles à ces améliorations ;

(iii) Amorçe de clarification du rôle de l'Etat. A des degrés très divers selon les pays, l'idée avance chez les décideurs selon laquelle il n'y a pas lieu d'assimiler systématiquement financement public, missions de services publics et production de services de santé par des prestataires publics. On voit s'élargir le champ d'intervention de la politique contractuelle et se multiplier les contrats de performance entre un Etat qui cherche à se recentrer sur ses missions de régulation et d'administration générale (stewardship), et des prestataires publics et privés. Il y a en amont de ces évolutions une profonde réflexion sur les critères de financement public et privé (16, 17) et sur l'amélioration de la performance des systèmes de santé (18). Ces critères, quoique connus depuis longtemps des économistes de la santé, ont été

peu appliqués. La nouveauté est qu'ils sont l'objet d'une plus grande volonté politique de les prendre en considération. Ils font appel à des notions de bien public¹⁷, d'externalités, de coût-efficacité, de coût catastrophique, d'équité (horizontale et verticale), de pauvreté et d'« interventions urgentes pour sauver des vies ». Ainsi, il existe des arguments très solides pour considérer que l'intérêt général n'est pas que l'Etat finance tous les services que la population peut payer sans s'appauvrir. S'il le fait, il risque de gaspiller des ressources qui sont limitées. Par contre, l'Etat doit financer en totalité ou largement subventionner des interventions qui correspondent à des biens publics, en privilégiant les externalités positives et dont les rapports sont coût-efficace (vaccinations, par exemple). De même doit-on continuer de s'interroger sur des questions de choix plus traditionnelles : l'Etat doit-il financer un service d'hémodialyse, réservé à une petite minorité alors que tant reste à faire pour financer des actions coût-efficaces du point de vue de la mortalité évitable ? Jusqu'à quel point doit-il ambitionner de soulager la souffrance - de qui et due à quoi ? - en finançant des interventions qui n'ont

¹⁷ Un « bien public » est un bien ou un service (i) dont la consommation/utilisation par une personne ne réduit pas la quantité consommable/utilisable par une autre et (ii) du bénéfice duquel on ne peut pas exclure quelqu'un qui ne voudrait pas payer un prix pour y accéder. Si le bien/service est accessible à tous gratuitement, il ne sera produit que si une entité publique ou un organisme caritatif accepte d'en assumer le financement. C'est le cas par exemple du contrôle des épidémies. On voit donc que le concept de « bien public » utilisé par les économistes n'est pas équivalent au concept de « service public » au sens courant ou à celui de « fonction sociale ».

pas d'impact sur les indicateurs de mortalité ? Ce sont bien sûr des questions qu'il appartient à chaque pays de trancher. On retrouve ici la problématique du partage des risques et de l'assurance - formules qu'il convient impérativement de développer alors qu'elles sont embryonnaires en termes de population couverte. Elles permettraient aux ménages de faire face aux coûts catastrophiques dont la prise en charge par l'Etat ne se justifie souvent pas dans un contexte de ressources rares et de réduire les risques de trappe à pauvreté comme conséquence de la maladie.

La prise en considération de l'équité peut être en conflit avec la notion d'efficacité. Citons en premier lieu des contraintes structurelles : offrir un accès à des soins équivalents à une population d'une zone de faible densité (équité horizontale) est beaucoup plus coûteux qu'à une population urbaine, bien moins dispersée. En second lieu et plus globalement, choisir de financer sur ressources publiques une intervention en fonction de la sévérité de la maladie pour des raisons d'équité (équité verticale) n'est pas toujours, loin s'en faut, la solution la plus coût-efficace.

Dans le contexte de la nouvelle cible politique qu'est la réduction de la pauvreté, l'équité verticale revient à distribuer les dépenses publiques selon les besoins de santé (19) et selon les capacités à payer. Les pauvres ayant besoin de plus de soins de santé avec une moindre capacité à payer, devraient bénéficier de plus de ressources publiques, ce qui est rarement le cas comme le montrent les études du type « incidence du bénéfice ». Elles concluent que les pauvres (1^e et 2^e quintiles en matière de revenu) captent généralement une part des subventions publiques de santé inférieure à leur part dans la population pour les soins hospitaliers et les soins de premier niveau (20). Les résultats de ces études reflètent l'effet structurel de la répartition de la population (une grande proportion des pauvres sont dans des zones rurales, peu denses et peu accessibles) et de l'offre de santé (les hôpitaux représentent un volume de ressources mobilisé nécessairement en zone urbaine).

(iv) Poursuite pragmatique de la décentralisation. Les réformes du système de santé dans les pays pauvres et en transition ont souvent été précédées ou accompagnées d'une accélération du processus de décentralisation. Les déboires ont conduit à accorder désormais une très grande attention aux conditions de la mise en place de la décentralisation. Les contraintes et les modalités ne sont pas les mêmes selon qu'il y ait simple délégation de crédits ou dévolution. L'Etat au niveau central en a souvent profité pour diminuer les ressources attribuées directement au secteur de la santé considérant que les régions et les municipalités pouvaient avec l'aide de la population créer des ressources. Ainsi au Mali par exemple, le secteur primaire est quasiment revenu à la charge de la population et des municipalités, le niveau central se chargeant plus explicitement des secteurs secondaires et tertiaires. Ce type de choix ne doit pas a priori être rejeté car il peut être pertinent sous certaines conditions. L'Etat se préoccuperait des besoins plus techniques (avec mise en place d'un système de référence), plus coûteux, ayant un caractère de coûts catastrophiques, avec des hôpitaux publics jouant implicitement un rôle

d'« assurance sans primes » en quelque sorte. Il pourrait se concentrer sur son rôle de stewardship. Il modulerait ses subventions aux structures sur la base de critères d'allocation en ligne avec ses priorités de santé (dont l'équité), en introduisant par exemple les contrats de performance mentionnés plus haut. Ceci pourrait le conduire, là où l'offre de services est diversifiée, à réduire ses dotations en cas de mauvais résultats et au contraire à les augmenter par exemple, dans certaines structures des régions pauvres. Mais pour que ce choix soit efficace, des conditions doivent être remplies. Entre autres, il ne doit pas y avoir de sous-financement important d'activités à fortes externalités, il faut que les incitations à l'efficacité et à l'efficacité au niveau local soient réelles et cohérentes (13) et il faut des mécanismes de contrôle (direct ou délégué) de la part de l'Etat et des usagers des services.

DES DOMAINES IMPORTANTS RESTENT ENCORE EN JACHÈRE

Beaucoup demeure encore à faire dans les domaines que l'on vient de préciser, mais la dynamique est enclenchée et les progrès, très hétérogènes selon les pays, sont bien là. En revanche, les avancées sont beaucoup plus discrètes dans trois domaines essentiels, la prise en charge des indigents, le suivi des stratégies de financement et la lutte contre la corruption.

(i) La prise en charge des indigents. Elle se heurte classiquement à deux obstacles majeurs, largement rebattus, qui ont longtemps servi d'alibi pour ne pas aborder sérieusement ces questions au delà de la rhétorique convenue des discours et textes officiels : la difficulté d'identifier des critères d'indigence et l'insuffisance de financement. Il y a un troisième obstacle, beaucoup moins étudié¹⁸ : la demande de santé s'exprime tardivement et davantage vers les formules de médecine traditionnelles. Le chantier est désormais ouvert dans la plupart des pays. Mais jusqu'à présent, il y avait un vide ou, souvent, des dispositions qui bénéficiaient à certaines catégories non pauvres (généralement fonctionnaires, militaires, ...) qui ne pouvaient financer certains soins lourds dont ils avaient besoin (soins qui, on l'a vu plus haut, relèvent pour l'essentiel d'une logique d'assurance et non de subventions publiques).

Par ailleurs, on fait désormais preuve de plus de réalisme à l'égard de la prise en charge des indigents par les communautés, les cas n'étant pas rares où des centres de santé ont d'importantes ressources financières disponibles mais font très peu pour faciliter l'accès aux soins des plus pauvres. Lorsque des dispositions existent, elles sont souvent peu appliquées pour de multiples raisons (21). Enfin, il est aujourd'hui largement admis qu'une stratégie efficace et efficiente passe par la responsabilisation financière de la structure, quelle qu'elle soit, qui accorde le « certificat » d'indigence et par des dispositifs locaux et interrégionaux en matière de péréquation financière dans lesquels l'Etat doit intervenir.

¹⁸ Dans les pays développés également, des études ont montré que les personnes en situation précaires négligeaient leurs soins pour ne recourir aux soins que dans les situations extrêmes.

(ii) Le suivi du financement de la santé. Comme les mécanismes de remise de la dette se traduisent par d'importants volumes de ressources qui transitent par l'administration nationale, il devient primordial pour les responsables des politiques sanitaires de maîtriser tous les aspects relatifs au financement de la santé. Mais surtout, dès lors que le financement de la santé vise à « acheter des résultats » de santé et que la relation entre dépenses de santé et amélioration de la santé est fragile, le suivi du financement de la santé doit être une dimension essentielle des stratégies de financement. Or, cette dimension du financement de la santé est encore très largement négligée. Une étude portant sur le Bénin, le Burkina, le Cameroun et la Guinée a montré en ce sens que les systèmes d'information existants n'étaient pas adaptés en termes de collecte, de traitement et de diffusion de l'information aux besoins de suivi des politiques de financement (22). En Afrique, le regain d'intérêt pour la mise en place de comptes nationaux de la santé et l'amélioration progressive du suivi budgétaire en plusieurs pays sont des premières avancées significatives.

(iii) La corruption. L'un des grands mérites d'un système performant de suivi du financement de la santé est de contribuer à améliorer la bonne gouvernance et à lutter contre la corruption. La corruption s'exprime le plus souvent à tous les niveaux de la chaîne de l'organisation sanitaire. On connaît les expressions très transparentes de « péage » ou de « droits de passage » utilisés en certains pays pour désigner des pratiques qui ne le sont pas concernant le processus de passation des marchés publics, la chaîne de la dépense de l'engagement au paiement, la gestion de la politique du médicament. En plus de cela, la corruption est un obstacle à l'augmentation des dépenses publiques de santé et elle mine l'efficacité des systèmes alors même que les ressources sont insuffisantes (12). Incontestablement, des efforts sont engagés dans plusieurs pays et de l'avis de nombreux observateurs, on enregistre des progrès réels, à des degrés divers, ici encore, selon les Etats. Mais il est souvent délicat de déterminer en la matière le degré de volonté politique pour avancer aussi rapidement qu'il serait techniquement possible de le faire.

VOLUME ET MISE EN ŒUVRE DE L'AIDE EXTÉRIEURE : DE NOUVEAUX DÉFIS

Les exemples du sida et du paludisme sont assez emblématiques de ces nouveaux défis. Face à l'ampleur du phénomène (pour le sida), et à la volonté mondiale affichée d'éliminer le paludisme, maladie qui peut être en théorie facilement combattue, on a d'abord mobilisé des financements considérables dans l'urgence, sans une réflexion préalable suffisante pour veiller à intégrer ces ressources et ces actions dans la politique globale de santé. La mise en place du Fonds global, bien que permettant d'éviter l'intervention éparpillée de la multiplicité des donateurs, pose deux types de problèmes : les effets potentiellement destructurants de ces grands programmes et la question de l'absorption de l'accroissement considérable de ressources financières.

En effet, la communauté internationale s'est engagée dans un effort financier considérable en faveur de la lutte contre le sida, passant d'environ 8 milliards de \$ en 2004 à 28 milliards de \$ en 2008. Cet accroissement massif des ressources financières mobilisées, si tant est qu'il se concrétise en versements, ne va pas sans soulever un certain nombre de questions majeures pour les pays qui en bénéficieront.

En premier lieu, et le risque semble bien perçu par les acteurs, il faut éviter que la mise en oeuvre de l'aide ne débouche à nouveau sur une « verticalisation » des grands axes d'intervention ou des programmes sanitaires. Les effets destructurants en seraient redoutables. Dans le même sens, on notera qu'un financement aussi considérable sur ressources externes peut conduire à définir à l'extérieur les grandes orientations des stratégies (flagrant dans le cas du paludisme), ce qui ne facilite pas l'implication réfléchie et volontaire du personnel de santé. Autre effet : on a souvent constaté que ces programmes attireraient des cadres locaux au détriment des administrations qui s'en trouvaient affaiblies.

En second lieu, on doit s'interroger sur la capacité de nombreux Etats à absorber efficacement ce supplément d'aide extérieure - d'autant que l'on constate que plusieurs d'entre eux ont déjà des difficultés à utiliser efficacement l'augmentation de ressources nettes résultant de l'application de l'initiative d'allègement de la dette des PPTE et des Stratégies de Réduction de la Pauvreté. Elles n'ont jusqu'à présent que peu permis de renforcer les capacités humaines et institutionnelles et leur contribution à l'amélioration de la gouvernance semble très discrète.

Enfin, il faut être conscient que cet apport d'aide important, qui va partiellement s'ajouter aux efforts faits ou à venir pour financer les composants des Objectifs de Développement du Millénaire autres que ceux directement liés à la lutte contre le VIH/SIDA, porte en germe des difficultés et des risques d'ordre macroéconomique qui ne sont pas négligeables :

(i) Certains Etats vont devoir faire face à des phénomènes macroéconomiques de type « syndrome hollandais », avec notamment une appréciation du taux de change réel et une forte inflation venant freiner les exportations et la croissance et pénalisant comparativement plus les pauvres que les riches. En réduisant l'augmentation du revenu qui, on l'a observé sur quarante ans, joue un rôle direct et indirect très important dans l'amélioration de l'état de santé, ces évolutions vont provoquer une succession d'effets allant dans un sens opposé aux objectifs de santé que l'on souhaite atteindre par une augmentation de l'aide extérieure. Mais il est pour l'instant impossible d'en chiffrer les contours ;

(ii) Ce supplément d'aide, massif, appellera inévitablement des discussions sur les critères par lesquels les organisations internationales et les principaux bailleurs, avec au premier chef ici le FMI, appréhendent les risques de dérapage macroéconomique. Le problème se posera plus particulièrement sur le rôle du déficit budgétaire. On peut dire schématiquement que le FMI retient traditionnellement le déficit budgétaire hors apports extérieurs de ressources, ces derniers étant considérés comme des moyens de financement du déficit. Mais ne conviendra-t-il pas d'assouplir ce point

de vue dès lors qu'une importante fraction du supplément d'aide sera raisonnablement prévisible et stable ? Si on le fait, les questions de calendrier de décaissements deviendront centrales pour assurer une programmation et une exécution fluide des dépenses sous peine de conduire à leur limitation dans le cadre des plafonds de dépenses retenus pour assurer la stabilité macroéconomique ;

(iii) Le fait qu'une assez large partie de ces ressources passera par des ONG et ne transitera pas par les budgets ne simplifie pas vraiment le problème, contrairement à ce que l'on entend parfois. Il est manifeste en effet que les administrations et les activités sanitaires en dehors de la lutte stricto sensu contre le VIH/sida seront davantage sollicitées, ce qui nécessitera des dépenses et des compétences additionnelles.

En résumé, il ne s'agit pas d'opposer de manière doctrinale et caricaturale une éventuelle crispation sur d'un côté « la bonne gestion et la stabilité macroéconomiques » et de l'autre côté « des programmes qui sauvent des vies ». Mais il conviendra de rechercher sans dogmatisme un équilibre entre financement de la santé et gestion macro-économique raisonnable, faute de quoi, pour employer une formule un peu usée, la main gauche risque fort de détruire en partie ce que fera la main droite.

CONCLUSION

Les pays en développement sont confrontés à trois questions centrales en matière de financement de la santé : (i) l'insuffisance de ressources, (ii) une faible efficacité technique et allocative et (iii) un manque d'équité dans le financement même de la santé et dans l'accès aux soins. Des évolutions positives sont en marche dans nombre de pays. Leurs résultats seront étroitement tributaires des progrès dans la régulation des systèmes de santé. En ce sens, cinq dimensions sont omniprésentes et cruciales : (i) la mise en œuvre de réformes qui doivent accorder une large place aux incitations dans l'offre et la demande de soins, (ii) la constitution de synergies intégrant le rôle que peut jouer le secteur privé à but lucratif et non lucratif dans l'articulation opérationnelle des stratégies de santé aux côtés des fournisseurs publics de soins, (iii) le développement de la politique contractuelle et l'introduction pragmatique de mécanismes de marché, (iv) le développement d'une culture de performance centrée sur les résultats tout au long d'une chaîne de responsabilité souvent à reconstruire, (v) ce qui place la question des « institutions » et celle de la gouvernance au cœur de la problématique du financement de la santé.

RÉFÉRENCES

- 1 - AUDIBERT M, MATHONNAT J, CHEN N - Infant mortality rates and external openness in Chinese provinces. In «RENARD M-F - Economic growth and reform in Chinese provinces», Edward Elgar Publishing ed, London, 2002, pp 167-193.
- 2 - ENSOR T - Informal payments for health care in transition economies. *Soc Sci Med* 2004 ; **58** : 237-246.
- 3 - AUDIBERT M, MATHONNAT J - Cost recovery in Mauritania: Initial lessons from reform. *Hlth Pol Plan* 2000 ; **15** : 66-75.
- 4 - CREESE A - User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. *Brit Med J* 1997 ; **315** : 202-203.
- 5 - GILSON L - The lessons of user fees experience in Africa. *Hlth Pol Plan* 1997 ; **12** : 273-285.
- 6 - KNIPPENBERG R, NAFO F, OSSENI R *et Coll* - Increasing clients' power to scale up health services for the poor: The Bamako Initiative in West Africa, 2003, Background Paper for the World Development Report 2004, The World Bank.
- 7 - AKASHI H, TAKAKO Y, HUOT E *et Coll* - User fees at a public hospital in Cambodia: Effects on hospital performance and provider attitudes. *Soc Sci Med* 2004 ; **58** : 200-224.
- 8 - SEN A - Un nouveau modèle économique - Développement, justice, liberté. Editions Odile Jacob ed, Paris, 2000.
- 9 - DE ROODENBEKE E - Financement de la santé : efficacité, solidarité et lutte contre la pauvreté. In «AUDIBERT M, MATHONNAT J, DE ROODENBEKE E - Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu». Karthala ed, Paris, 2003, pp 325-338.
- 10 - CONCERTATION MUTUELLE DE SANTE AFRIQUE - Courrier de la concertation. Courrier électronique, 2004 ; n°13.
- 11 - DROR D, PREKER A - Social reinsurance: a new approach to sustaining community health financing. ILO. Geneva World Bank ed, Washington, 2003, 520 p.
- 12 - AUDIBERT M, MATHONNAT J, BRUN J-F, CARRÈRE C - Contraintes en ressources et facteurs socio-politiques comme déterminants des dépenses publiques de santé dans les pays en développement. In «AUDIBERT M, MATHONNAT J, DE ROODENBEKE E. - Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu», Khartala ed, Paris, 2003, pp 339-361.
- 13 - OMS - Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique. Commission Macroéconomie et Santé ed, Genève, 2001.
- 14 - EVANS DB, TANDON A, MURRAY CJL., LAUER JA - Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *Br Med J* 2001 ; **323** : 307-310.
- 15 - GUPTA S, VERHOEVEN M, TIONGSON E - Does higher government spending buy results in education and health care? Working Paper. *International Monetary Fund* 2001 ; **01** : 127.
- 16 - MUSGROVE P - Public spending on health care: how are different criteria related? *Hlth Policy* 1999 ; **47** : 207-223.
- 17 - WAGSTAFF A - Reflections and Alternatives to WHO's Fairness of Financial Contribution Index. *Hlth Eco* 2002 (March).
- 18 - OMS - Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. 2000, 320 p.
- 19 - LATERVEER L, NIESSEN LW, YAZBECK AS - Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Hlth Policy et Plann* 2003 ; **18** : 138-145.
- 20 - CASTO-LEAL, DAYTON, DEMERY, MEHRA - Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bull WHO* 2000 ; **78**.
- 21 - OUENDO E, MAKOUTODE M, AGUEH A, d'ALMEIDA A - Équité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution. In «AUDIBERT M, MATHONNAT J, DE ROODENBEKE E - Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu». Khartala ed, Paris, 2003, pp 119-130.
- 22 - BOYER S, CHARRUAU A-L, SIMONET M - Etude des systèmes d'information pour évaluer l'impact des formules de financement de la santé, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Credes, 54 p.
- 23 - OMS - Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire 2004.