

PN ABC0422
T5588



**Health
Financing
and
Sustainability
Project**

**ATELIER
SUR LE FINANCEMENT
ET LA PERENNISATION
DES SOINS DE SANTE EN AFRIQUE**

**Conférence du CCCD
sur les Progrès Réalisés dans
le Domaine de la Survie des Enfants**

par

**Marty MAKINEN, Ph.D.
Charlotte LEIGHTON, Ph.D.
Abt Associates Inc.**

**23-27 mars 1993
Dakar, Sénégal**

**PROJET DE FINANCEMENT ET DE PERENNISATION DES SOINS DE SANTE
Health Financing and Sustainability Project (HFS)**

Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre
4800, Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Téléphone: (301) 913-0500 Télécopieur: (301) 652-3916
Télex: 312636

Management Sciences for Health, Sous-traitant
The Urban Institute, Sous-traitant

Contrat de l'USAID No DPE-5974-Z-00-9026 00

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	iii
REMERCIEMENTS	iv
RESUME ANALYTIQUE	v
1.0 INTRODUCTION	1
1.1 HISTORIQUE	1
1.2 OBJECTIF DE L'ATELIER	1
2.0 RESUME DES TRAVAUX ET PRESENTATIONS	3
2.1 EXPOSES TECHNIQUES	3
2.2 PANEL DE BAILLEURS DE FONDS	4
2.3 EXPOSES SUR LES PAYS	4
3.0 CONCLUSIONS DE L'ATELIER	6
3.1 CROYANCES HABITUELLES ET REALITES	6
3.2 QUESTIONS ET PRIORITES DE RECHERCHE	9
3.3 QUESTIONS DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET MESURES A PRENDRE	9
4.0 CONCLUSIONS	12
APPENDICE A: LISTE DES PARTICIPANTS ET OBSERVATEURS	13
APPENDICE B: LES IDEES REÇUES SUR LE RECouvreMENT DES COÛTS	17
APPENDICE C: QUESTIONS ET PRIORITES DE RECHERCHE	24
APPENDICE D: LETTRE AU GROUPE DE TRAVAIL AMERICAIN SUR LA REFORME DES SOINS DE SANTE	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Ce que l'on croit savoir sur les affirmations des croyances habituelles en matière de financement de la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne	7-8
Tableau 2:	Questions de financement des soins de santé et actions identifiées par les participants de l'atelier	10-11
Tableau 3:	Identification des priorités de recherche en matière de financement des soins de santé par les participants de l'atelier	25-26

REMERCIEMENTS

Les organisateurs de l'Atelier sur le financement des soins de santé tiennent à remercier tous ceux qui y ont pris part et qui ont fait montre d'enthousiasme, d'expérience et d'engagement. Nous tenons en particulier à remercier les participants qui ont présenté l'expérience de leur pays dans le domaine du financement des soins de santé. Ces communications ont permis d'assurer d'enrichir les débats et de faciliter les comparaisons entre pays.

Représentants des pays suivants ont assisté à l'atelier:

**Botswana, Guinée, République Centrafricaine, Burkina Faso,
Kenya, Sénégal, Cameroun, Mali, Tanzanie, Congo, Nigéria,
Togo, Côte d'Ivoire, Ouganda.**

Nous souhaitons également remercier le Ministère sénégalais de la santé et l'USAID/Dakar qui ont été les hôtes de l'atelier; le Bureau AID/Afrique, les Centers for Disease Control (CDC [Centre de Lutte contre les Maladies]) et le Projet CCCD (Combatting Childhood Communicable Diseases [Lutte contre les Maladies Transmissibles de l'Enfance]) qui a financé et organisé toute la logistique de l'atelier; l'UNICEF, l'OMS/AFRO et la Banque mondiale qui ont offert les services de leurs experts participants; ainsi que le personnel local qui a organisé l'atelier. Nous tenons à remercier particulièrement les équipes d'interprètes qui ont travaillé tard à plusieurs occasions pour nous permettre de poursuivre nos débats.

L'Atelier a été organisé et animé en collaboration avec le personnel et des consultants du Projet HFS et du Projet CCCD/CDC: David Boyd (CDC), François Diop (HFS), Rebecca Foster (HFS), Stephanie Maurer (HFS), Kathleen McDavid (CDC), Deborah McFarland (CDC), Suzanne McLees (HFS), Jim Setzer (HFS), Nena Terrell (HFS), Carla Willis (HFS).

RESUME ANALYTIQUE

Le Projet de financement et de pérennisation des soins de santé (HFS), en coordination avec la Conférence régionale sur le progrès de la survie des enfants en Afrique du Projet de lutte contre les maladies infantiles contagieuses (CCCD), a organisé à Dakar un atelier sur le financement et la pérennisation des soins de santé en Afrique du 23 au 27 mars 1993. Cet atelier était conçu pour fournir aux hauts responsables et aux décideurs africains des politiques de santé une tribune de dialogue et d'échanges d'informations, d'expériences et d'idées. Il combinait des présentations techniques, des panels d'experts et des études de cas par pays avec des débats animés et entre experts techniques, bailleurs de fonds et représentants des pays.

Pour faciliter ces débats et ne pas s'écarter du sujet, les animateurs et les participants ont compilé plusieurs listes de travail détaillées pendant l'atelier. Ces listes comprenaient : "les idées reçues des croyances habituelles" et les mythes, réalités et inconnues les concernant; les questions de financement des soins de santé et les mesures à prendre; et les priorités de recherche. Ces délibérations et recommandations des participants de l'atelier représentent une étape importante de la réforme du financement des soins de santé en Afrique. Les participants ont fortement remis en cause certains mythes de nombreux mythes des "croyances habituelles", et la recherche doit s'axer sur les autres points non confirmés. Les pays envisageant de faire des réformes peuvent s'appuyer sur les acquis confirmés par l'expérience des participants, ce qui leur évitera ainsi de procéder à des analyses ou à des recherches avant d'agir.

D'après les évaluations des participants, l'atelier a une réussite au moins sur deux plans: l'enrichissement des connaissances générales des participants sur le financement de la santé mais également l'identification des stratégies pratiques et efficaces en matière de financement et d'organisation viables des services de santé dans le contexte des pays d'Afrique. Les présentations techniques, les études de cas par pays et les discussions qui ont suivi ont permis aux participants de quitter l'atelier avec une meilleure connaissance des leçons que l'on peut tirer de la réforme du financement des soins de santé. Bien que l'objectif de cet atelier ait été d'améliorer l'état de santé de la population et la pérennité des services dans les pays d'Afrique participants, certaines des leçons tirées de l'atelier ont également servi à formuler des recommandations à l'intention du Groupe de travail américain sur la réforme des soins de santé que préside Mme Clinton.

Le fait que l'atelier ait atteint ses objectifs est un témoignage des progrès qui ont été réalisés en matière de réforme du financement en Afrique, notamment au cours des cinq dernières années. C'est aussi la preuve de la qualité des participants de l'atelier et du fait qu'ils se sont attachés à trouver des façons d'améliorer l'état de santé de leurs compatriotes grâce à un financement viable et à l'organisation des services de santé.

1.0 INTRODUCTION

L'objectif de ce rapport est de rappeler les points saillants de l'atelier sur le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne qui a eu lieu du 23 au 27 mars 1993, à Dakar (Sénégal). Il doit servir de procès-verbal des débats et mettre en lumière les conclusions, recommandations et propositions des participants. Il fournit donc à la fois un mémoire que les participants peuvent utiliser pour le suivi et un résumé des approches et conclusions de l'atelier.

1.1 HISTORIQUE

L'Atelier sur le financement des soins de santé est un des quatre ateliers qui ont précédé la Conférence régionale du Projet de lutte contre les maladies infantiles contagieuses (CCCD) sur les progrès en matière de survie des enfants en Afrique. Cette conférence marquait le 10^e anniversaire du Projet CCCD, établi par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID) "afin de renforcer les activités de survie des enfants dans 13 pays d'Afrique". L'objectif de la conférence était "de fournir une instance où les professionnels de la santé du secteur public travaillant dans le domaine de la survie des enfants pouvaient évaluer les progrès réalisés, partager les leçons apprises, mettre en lumière les innovations techniques et les stratégies; et identifier des méthodes pour relever les défis futurs". Des représentants de presque tous les pays d'Afrique subsaharienne étaient invités à participer à la conférence.

Le Projet de financement et de pérennisation des soins de santé (HFS) a travaillé avec le CCCD depuis sa création en 1989, fournissant une assistance technique à plusieurs pays bénéficiant de ce projet. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont demandé au Projet HFS d'organiser et d'animer l'Atelier sur le financement des soins de santé qui a précédé la principale Conférence du CCCD.

Des hauts responsables et des décideurs des Ministères africains de la santé de 14 pays d'Afrique subsaharienne participaient à l'Atelier sur le financement des soins de santé. (*Il y a une liste de participants et observateurs dans l'Appendice A.*) Y participaient, en outre, des représentants du Bureau de recherche et de développement de l'AID, du Bureau Afrique, de Bureaux régionaux d'Afrique (REDSO/CWA et REDSO/ESA) et des missions des pays, ainsi que l'UNICEF, l'OMS/AFRO et la Banque mondiale en tant qu'observateurs et participants; plusieurs ont été membres d'un panel de bailleurs de fonds. Les débats étaient traduits simultanément en français et en anglais.

1.2 OBJECTIF DE L'ATELIER

L'atelier a servi de tribune de dialogue et d'échange sur les données et les idées les plus récentes entre les hauts responsables et les décideurs des Ministères africains de la santé, des bailleurs de fonds et des experts techniques. L'atelier a généré des discussions devant mener à la prise de décisions sur les politiques et stratégies de financement des soins de santé. L'objectif était de promouvoir la pérennisation des programmes de santé et de survie des enfants dans les pays d'Afrique.

L'atelier a traité principalement les points suivants:

1. Politiques et stratégies de financement des services de survie des enfants dans le contexte plus large des politiques et stratégies de financement du secteur de la santé; et
2. Moyens de supprimer les contraintes empêchant de faire des progrès dans la mise en oeuvre de stratégies viables. La pérennité des services de santé prioritaires de survie des enfants tels que les immunisations, la TRO, la lutte contre les infections respiratoires aiguës et le paludisme a été étudiée dans le contexte des services de soins primaires, secondaires et tertiaires (hospitaliers).

Les objectifs de l'atelier étaient les suivants :

- ▲ Diffuser les informations techniques les plus récentes et tirer les enseignements des initiatives de financement des soins de santé en Afrique au cours de la dernière décennie;
- ▲ Encourager le règlement des problèmes afin de trouver des solutions aux facteurs empêchant le développement et la mise en oeuvre des initiatives et stratégies de financement des soins de santé pour le secteur de la santé; et
- ▲ Encourager les participants à identifier, en se basant sur les présentations et les discussions ayant lieu pendant l'atelier :
- ▲ Des mesures pour renforcer la viabilité du financement des services de survie des enfants ainsi que des autres services de santé prioritaires;
- ▲ Des mesures pouvant être prises immédiatement pour supprimer les obstacles à la mise en oeuvre d'une stratégie de financement viable des services de santé; et
- ▲ Le financement des questions ayant besoin d'être étudiées de façon plus approfondie.

2.0 RESUME DES TRAVAUX ET PRESENTATIONS

L'atelier de trois jours consistait en des présentations techniques, d'études de cas par pays, de discussions entre les membres d'un panel et d'échanges animés entre les participants. Il a été ouvert par une allocution de bienvenue prononcée par le représentant du pays-hôte, le Médecin Colonel Lamine Sarr, Directeur de la santé publique au Ministère de la santé du Sénégal, et par une représentante du Bureau de la santé, population et nutrition de l'USAID/Dakar, Mme Fatimata Hane. L'encadré de la page suivante fait état des travaux de chaque journée.

L'animateur a commencé les séances techniques de l'atelier en demandant aux participants de faire la liste des questions les plus importantes auxquelles ils sont confrontés dans le domaine du financement et de la pérennisation des soins de santé. Il y a eu ensuite une série de présentations techniques par les experts du HFS, un conseiller technique de l'UNICEF, un panel de représentants des bailleurs de fonds et des exposés sur la situation au Sénégal, au Cameroun, en République centrafricaine, au Niger et au Kenya. Ces séances étaient entrecoupées de discussions franches auxquelles participaient activement les assistants.

L'atelier était structuré de manière à ce que les participants puissent parvenir à des résultats et des conclusions et mettre au point des recommandations périodiquement à mesure que certaines questions étaient débattues pendant les trois jours. Ainsi, pendant les présentations et discussions de la première journée et demie, les participants ont identifié puis établi la liste de différentes questions de financement des soins de santé à mesure qu'elles surgissaient des débats. Ces questions ont été rédigées sous forme d'"idées reçues". Vers la fin de l'atelier, les participants ont réexaminé ces "idées reçues" afin de les classer en trois catégories : confirmées, rejetées par les preuves dont ils venaient de prendre connaissance ou non démontrées. Ils ont recommandé que ces derniers points fassent l'objet de recherche. Ils ont enfin examiné les questions dont ils avaient fait la liste au début de l'atelier à la lumière de ce qu'ils avaient appris afin de formuler des recommandations à l'intention de leurs Ministres dès leur retour aux pays.

On trouvera ci-dessous les points saillants des exposés techniques, des communications des bailleurs de fonds et des présentations sur les pays.

2.1 EXPOSES TECHNIQUES

Les experts du HFS ont fait des présentations techniques sur les réformes récentes du financement des soins de santé en Afrique (Marty Makinen), l'emploi du mot pérennisation (Makinen), la pérennisation financière d'initiatives de survie des enfants (Charlotte Leighton), l'expérience des honoraires (Carla Willis) et la réforme des hôpitaux (Makinen). Abdelmajid Tibouti de l'UNICEF/New York a présenté les résultats de l'évaluation de l'Initiative de Bamako en matière de financement en Afrique et ailleurs. Des discussions franches ont suivi chaque présentation. Au cours des discussions, les participants ont posé des questions pour clarifier certains points, proposer d'autres exemples et fournir des informations basées sur leurs expériences dans chaque domaine.

2.2 PANEL DE BAILLEURS DE FOND

Quatre bailleurs de fonds qui appuient actuellement les réformes du financement des soins de santé en Afrique ont présenté aux participants leurs perspectives et leurs politiques. Alassane Diawara représentait la Banque mondiale, Abdelmajid Tibouti, l'UNICEF, le Docteur Eytayo Lambo, l'Organisation mondiale de la santé et Hope Sukin, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international. Ils ont tous demandé avec insistance aux pays d'Afrique de continuer d'appliquer les mesures de réforme déjà prises et promis un appui financier et technique pour les aider.

2.3 EXPOSES SUR LES PAYS

Cinq représentants des Ministères de la santé ont présenté les expériences de leur pays en matière de réformes du financement et notamment d'initiatives de recouvrement des coûts. Les pays ont donné des exemples de divers stades du processus de réforme.

▲ Le Docteur Jean Limbassa de la République centrafricaine a décrit les travaux accomplis dans ce pays en ce qui concerne le cadre légal des réformes, la mobilisation d'un consensus et les études et analyses visant à préparer ces réformes.

▲ Le Docteur François Diop, Conseiller du HFS auprès du Ministère de la santé du Niger a décrit les préparatifs d'essais pilotes de systèmes de recouvrement des coûts soigneusement conçus dans son pays. Son exposé donnait les résultats d'une enquête de base sur le comportement des personnes recherchant des soins de santé avant la mise en œuvre des essais.

PROGRAMME DE L'ATELIER SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

Première journée : Aperçu des stratégies de financement, leçons apprises et questions de pérennisation

- ▲ Allocution d'ouverture, objectifs de l'atelier
- ▲ Politiques, stratégies et initiatives de financement des soins de santé en Afrique subsaharienne, 1970-1983
- ▲ Pérennisation et financement des services de survie des enfants
- ▲ Rôle des pays et des bailleurs de fonds

Deuxième journée : Evaluation de stratégies de financement spécifiques, questions devant faire l'objet de recherche et actions appuyant la pérennisation

- ▲ L'impact des réformes sur les honoraires, le financement communautaire et le financement des hôpitaux
- ▲ Idées reçues : mythes et réalités
- ▲ Questions devant faire l'objet de recherche

Troisième journée : Conclusions et recommandations des participants

- ▲ Synthèse des idées reçues, recherche et mesures à prendre
 - ▲ Suivi de l'atelier et évaluation des participants
-

▲ Le Médecin Colonel Sarr a décrit le système de recouvrement des coûts qui existe depuis longtemps au Sénégal aux niveaux des huttes, des postes, des dispensaires et des centres de santé. Il a résumé l'expérience bien réussie du Sénégal dans le domaine de la mobilisation des recettes et décrit en détail les leçons apprises en matière de mise en oeuvre et de gestion.

▲ Le Docteur René Owona du Cameroun a décrit le programme de recouvrement des coûts qui fonctionne très bien dans certaines parties de son pays. Il a posé la question de la "solidarité", c'est-à-dire des capacités différentes des diverses communautés d'autofinancer les services de santé et de la façon de formuler des politiques pour compenser.

▲ M. Ibrahim Hussein du Kenya a décrit le programme national de partage des coûts qui, après avoir connu des hauts et des bas, fonctionne bien maintenant et sera étendu à tous les hôpitaux de district.

Les discussions qui ont suivi ces présentations indiquaient que de nombreux pays représentés à l'atelier étaient confrontés à des problèmes similaires et qu'ils ont beaucoup appris du partage d'expériences. Les représentants des pays ayant déjà mis en oeuvre le recouvrement des coûts ont également pu fournir des idées et des leçons utiles à leurs collègues envisageant d'instaurer des politiques de ce type.

3.0 CONCLUSIONS DE L'ATELIER

3.1 CROYANCES HABITUELLES ET REALITES

Les présentations techniques et les études de cas par pays ont permis d'inscrire de nombreux points sur la liste des idées représentant les "croyances habituelles" en matière de financement des soins de santé. Les exposés et la discussion qui a suivi ont également généré de nombreuses informations sur ce que l'on sait de ces idées. A la fin de l'atelier, on a demandé aux participants de réexaminer les idées de la "sagesse conventionnelle" afin de donner des conseils à leurs collègues des pays non représentés à l'atelier. On leur a également demandé d'expliquer à leurs collègues envisageant des initiatives de financement de soins de santé ce qui, à leur avis, est la réalité pour chacune de ces idées. Pour certaines de ces idées, on ne dispose encore d'aucune preuve ou seulement de preuves partielles ou contradictoires confirmant la "sagesse conventionnelle". Les participants ont demandé que l'on fasse davantage de recherche sur ces points et que leurs collègues les appliquent avec prudence.

Deux tableaux résument les résultats de la discussion sur les "croyances habituelles": le premier (*Tableau 1*) donne la liste des assertions de la "croyance habituelle" d'un côté et le consensus des participants sur leur réalité; le deuxième (*Tableau 3 dans l'appendice*) donne une liste des décisions faisant l'objet d'un consensus de la part des participants en tant que réalités, ainsi qu'une explication du contexte des discussions. Les points qui, de l'avis des participants, demandent davantage de recherche sont examinés dans la section suivante de ce rapport.

Cet ensemble de réflexions et de recommandations des participants à l'atelier pourrait représenter une étape capitale en matière de réformes du financement des soins de santé en Afrique. De nombreux mythes des "croyances habituelles" ont été remis en cause par les participants. La recherche doit maintenant s'axer sur les autres points non confirmés. Les pays envisageant des réformes doivent s'appuyer sur les réalités confirmées par l'expérience des participants : ils n'auront pas à faire de nouvelles analyses ou recherche avant de commencer à agir.

**TABLEAU 1: CE QUE L'ON CROIT SAVOIR SUR LES CROYANCES HABITUELLES
EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SANTE DANS LES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

CROYANCES HABITUELLES	REALITES
STRATEGIES ET POLITIQUE	
On ne sait pas bien comment mettre en oeuvre les programmes nationaux de réforme du financement de la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.	Des estimations grossières des données nécessaires sont souvent suffisantes pour commencer à appliquer les réformes. On peut réviser plus tard ces estimations en se basant sur l'expérience de la mise en oeuvre et l'évaluation.
Les réformes du financement de la santé doivent être mises en oeuvre en même temps dans tout le pays.	Il faut mettre en oeuvre les programmes de recouvrement des coûts par étapes et se servir de l'expérience obtenue pour faire des modifications avant de les mettre en oeuvre à l'échelle du pays.
VOLONTE ET CAPACITE DE PAYER	
Les gens ne veulent pas payer les services de santé.	Payer les services de santé en espèces ou en nature est une tradition de longue date chez la plupart des Africains.
Les gens n'ont pas les moyens de payer les services de santé.	Les gens peuvent <i>économiser</i> de l'argent par rapport à ce qu'ils dépensent actuellement si la qualité est améliorée et les honoraires perçus directement par les services de santé de l'Etat.
Le prix des services est le seul facteur qui affecte la volonté des gens de payer les services de santé.	La volonté des gens de payer et d'utiliser les services de santé est affectée à la fois par le prix et la qualité (perçue).
HONORAIRES, RECETTES ET PRIX	
Les plans de recouvrement des coûts ne permettent pas de recueillir suffisamment d'argent dans les pays à faible revenu ou chez les populations pauvres.	Les honoraires peuvent générer des recettes permettant de faire des améliorations sensibles de la qualité et/ou de la quantité au niveau local.
On ne peut pas fixer les honoraires à un niveau qui permettra de recueillir suffisamment d'argent pour couvrir les coûts de la mise en oeuvre du système de paiement.	Les coûts initiaux de la mise en oeuvre des systèmes de paiement peuvent dépasser les recettes, mais il existe des niveaux acceptables de tarifs pour les services de santé qui dépassent le coût de la collecte de ces paiements.
Lorsque l'utilisation décroît après que l'on ait introduit ou relevé les honoraires, cela signifie que certaines personnes ne viennent plus se faire soigner.	Une partie de la diminution de l'utilisation après l'instauration des honoraires représente la diminution de l'utilisation injustifié.
QUALITE	
La qualité n'est pas aussi importante que le prix, particulièrement pour les pauvres.	Les pauvres semblent plus sensibles à la fois à la qualité et aux changements de prix.

CROYANCES HABITUELLES	REALITES
QUALITE, suite	
Il faut que les recettes soient suffisantes avant que l'on puisse améliorer la qualité.	L'amélioration de la qualité doit être liée au recouvrement des coûts. Pour que le recouvrement des coûts réussisse, il doit être accompagné et parfois précéder l'instauration d'honoraires lorsque les consommateurs n'ont plus confiance dans le système de santé.
Les raisons qui sous-tendent la collecte d'honoraires et la manière dont les recettes sont utilisées n'affectent pas l'apui de la population à un programme de recouvrement des coûts.	L'amélioration de la qualité doit être un des objectifs d'un programme de recouvrement des coûts; donc, les recettes doivent être utilisées pour améliorer la qualité.
EFFICACITE	
Il est toujours plus efficace de mettre en oeuvre les services prioritaires de façon verticale.	L'intégration des services peut aider à améliorer l'efficacité des prestations.
Il est utile de recueillir toutes les données intéressantes.	Les systèmes d'information doivent être conçus de façon à ce que les avantages que l'on en tire justifient leurs coûts.
RESPONSABILISATION ET PERFORMANCE	
Tous les honoraires doivent être gardés et gérés au niveau de la structure ou de la communauté où ils ont été recueillis.	Une portion substantielle (50 % ou plus) des recettes provenant des honoraires doit être gardée et gérée au niveau où elles sont obtenues. Il peut aussi être nécessaire de prévoir une sorte de fonds de "solidarité" pour permettre de redistribuer au niveau régional ou du district une partie des revenus dans un but d'équité.
Les agents de santé n'ont pas besoin de stimulants spéciaux pour être encouragés à utiliser les ressources de façon efficace. Les membres des comités communautaires sont prêts à dépenser autant de temps et d'effort qu'il est nécessaire sans compensation.	Il est important de fournir des incitations appropriées au personnel dans tout le système de santé. La compensation des comités de planification et de gestion communautaire est à l'étude.
On peut modifier le financement des soins de santé sans demander son avis à la communauté.	La participation de la communauté est essentielle à la réussite du recouvrement des coûts.
Il n'est pas besoin de modifier la supervision lorsque l'on introduit des programmes de recouvrement des coûts.	Une supervision stricte et régulière est essentielle à la réussite du recouvrement des coûts.
INFORMATION ET COMPORTEMENT DES CONSOMMATEURS	
Lorsque l'on fait payer des honoraires, une faible utilisation signifie que les prix sont trop élevés.	Les perceptions des consommateurs et les informations erronées peuvent limiter l'utilisation des services et maintenir les recettes à un faible niveau.
La santé dépend (uniquement) de la disponibilité et de la qualité des services de santé.	La santé n'est pas produite uniquement à l'extérieur du foyer.
DIVERS	
Si un pays X peut mettre en oeuvre un service de survie des enfants pour Z par habitant, le pays Y doit pouvoir en faire autant.	Il faut agir avec prudence lorsque l'on compare les coûts et les dépenses de santé entre les pays.

3.2 QUESTIONS ET PRIORITES DE RECHERCHE

Les participants de l'atelier ont identifié et établi des priorités de recherche en matière de financement des soins de santé. La définition d'un programme de recherche sur le financement des soins de santé par un groupe de décideurs africains et de conseillers pendant l'atelier est particulièrement opportune étant donné que l'AID s'intéresse aux thèmes africains pour le programme de recherche de son Projet d'analyse des ressources humaines et sanitaires pour l'Afrique (HHRAA), qui vient d'être créé.

Les participants ont identifié les thèmes de recherche de trois manières. Tout d'abord, au cours des présentations et des discussions, divers sujets ont été suggérés, puis notés par les animateurs de l'atelier. Deuxièmement, les idées reçues pour lesquelles les participants pensaient qu'il n'existait pas suffisamment de preuves pour confirmer ou démentir les croyances générales ont été classées comme méritant davantage de recherche. Enfin, les participants ont suggéré quelques thèmes supplémentaires après avoir établi les priorités parmi les questions identifiées par les deux premières méthodes. On trouvera à l'Appendice C la liste complète des domaines de recherche et thèmes spécifiques. Les participants ont fait un premier tri parmi les thèmes choisis en votant pour les trois les plus importants. L'encadré ci-contre montre les principales priorités basées sur le résultat de ce vote.

**Identification des priorités de recherche
en matière de financement des soins de santé
par les participants de l'atelier**

- ▲ Autonomie des hôpitaux
 - ▲ Coûts des services
 - ▲ Comment protéger les pauvres
 - ▲ Comment promouvoir la participation de la communauté
 - ▲ Comment encourager les performances de qualité
 - ▲ Economies par l'intégration des services
-

3.3 QUESTIONS DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET MESURES A PRENDRE

Comme nous l'avons déjà indiqué, l'atelier s'est ouvert sur une discussion de ce que les participants considéraient comme les principaux problèmes de financement des soins de santé. Ils ont identifié un certain nombre de questions clés et, pendant toute la durée de l'atelier, il leur a été demandé de réfléchir à la façon d'utiliser les informations présentées et discutées pour formuler des stratégies visant à y répondre. A la fin de l'atelier, les participants ont eu à faire la liste des actions prioritaires qu'ils recommanderaient à leurs ministres à leur retour dans leur pays. Le Tableau 2 qui suit apparie les problèmes identifiés au début de l'atelier avec les priorités d'actions décidées à la fin.

Il est évident que de nombreux participants ont trouvé au cours des débats de l'atelier, ainsi que dans les conclusions et les échanges d'information, des lignes directrices pour résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés. Les experts du Projet HFS ont également tiré certaines leçons des délibérations de l'atelier; ils les ont mis sous forme de recommandations à l'intention du Groupe de travail américain sur la réforme des soins de santé dans une lettre à sa Présidente, Mme Hillary Rodham Clinton. (Une copie de cette lettre se trouve en Appendice D.)

TABLEAU 2: QUESTIONS DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET ACTIONS IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS DE L'ATELIER

Question identifiée	Exemple	Mesures recommandées
Pérennisation	Quels sont les mécanismes de la pérennisation? Besoin de coopération et accord entre les bailleurs de fonds sur des stratégies de base permettant d'arriver à la pérennité financière.	Elaborer une stratégie financière globale et une politique pour le secteur de la santé. Mettre au point un système complet de soins de santé et non pas des programmes isolés.
Equité, capacité et volonté de payer	Comment assurer l'équité dans les systèmes de soins de santé? Cibler les dépenses publiques sur les pauvres. Chez les populations rurales, qui doit payer les services et combien?	Evaluer l'expérience du recouvrement des coûts. Définir les politiques de recouvrement des coûts. Rechercher les moyens pratiques et mettre à l'essai les mécanismes nécessaires.
Mobilisation des ressources	Budgets de santé en diminution. Distribution inégale des ressources entre les divers ministères. Ressources financières inadéquates dans le pays.	Le gouvernement doit continuer à financer les soins de santé. Etablir une collaboration intersectorielle. Mettre en oeuvre le recouvrement des coûts.
Financement communautaire et décentralisation	Comment financer les coûts récurrents des opérations journalières des centres de santé grâce à la participation communautaire? Comment mobiliser les ressources de la communauté pour les femmes et les enfants? Organisation des communautés pour participer au financement des soins de santé.	Gérer et garder les recettes au niveau local. Décentraliser. Renforcer la participation de la communauté.
Qualité	Impact de la qualité sur l'utilisation et la volonté de payer. Comment les réformes du financement peuvent-elles améliorer la qualité?	Accroître l'accès aux médicaments. Améliorer la qualité.
Efficacité, maîtrise des coûts et affectation des ressources	Améliorer les soins de santé avec le même montant de ressources ou des ressources inférieures. Décider comment affecter les ressources limitées.	Etablir une politique de médicaments essentiels. Intégrer les services.

Question identifiée	Exemple	Mesures recommandées
Coordination et organisation des ressources	Comprendre le rôle des différents protagonistes du secteur de la santé (gouvernement, bailleurs de fonds, communautés, municipalités, etc.)	Définir les rôles de tous les participants du secteur de la santé. Coordonner l'action des prestataires de services. Coordonner l'action des bailleurs de fonds. Examiner les rôles et les responsabilités du secteur public et du secteur privé. Demander que les recommandations des bailleurs de fonds pour l'organisation des services soient envisagées comme des suggestions et non pas comme des critères stricts.
Politiques de prix et coûts	Difficulté à fixer les prix pour recouvrer tous les coûts, étant donné l'augmentation du chômage. Coûts versus capacité et volonté de payer.	Estimer les coûts des services. Répartir les coûts entre l'Etat et les usagers capables de payer. Définir des politiques de recouvrement des coûts.
Responsabilisation et performance	Gestion et utilisation des recettes et des honoraires obtenus par les communautés et/ou les installations sanitaires. Performance des agents de santé.	Plan visant à stimuler la performance des agents de santé. Déterminer les critères pour l'emploi des recettes. Mettre au point des systèmes intégrés de gestion financière.
Cadre juridique	Modifier ou adapter la législation obsolète sur les finances publiques afin de répondre aux besoins et objectifs des programmes de santé d'aujourd'hui.	Elaborer un cadre juridique pour la réforme des politiques de financement.
Formation et mise en oeuvre	Former les agents de santé pour les aider à comprendre les raisons d'être du recouvrement des coûts et améliorer l'efficacité. Stratégies pour résoudre les problèmes avec la participation de tous les protagonistes.	Intégrer les questions de financement à la formation des agents de santé. Mettre au point des stratégies globales pour résoudre les problèmes. Améliorer les processus et capacités en matière de budgétisation, planification et gestion. Echanger des informations plus fréquemment au moyen d'ateliers et de visites d'étude.

4.0 CONCLUSIONS

L'atelier a atteint son objectif : servir de centre d'échange d'informations et d'idées pour les hauts responsables de la santé africains, les bailleurs de fonds et les experts techniques. Les présentations techniques, les études de cas par pays et les discussions qui ont suivi ont permis aux participants de quitter l'atelier avec de meilleures connaissances des enseignements tirés des réformes du financement des soins de santé. Le consensus atteint par les participants sur les mythes et réalités des "croyances habituelles" a permis de régler de nombreuses controverses et d'avancer plus rapidement vers la mise en oeuvre des réformes. Grâce à l'atelier, les participants ont été en mesure d'identifier les problèmes et les priorités de recherche ainsi que les mesures concrètes à prendre pour aborder les grandes questions de financement des soins de santé auxquelles ils sont confrontés.

Par rapport aux objectifs recherchés, l'atelier a une remarquable réussite. C'est un témoignage des progrès qui ont été faits en matière de réforme du financement des soins de santé en Afrique, au cours des cinq dernières années notamment. C'est aussi la preuve de la qualité des participants de l'atelier et de leur volonté de trouver les moyens d'améliorer l'état de santé de leurs compatriotes grâce à un financement et une organisation viables des services de santé.

APPENDICE A

PARTICIPANTS ET OBSERVATEURS

A. L. ABONGOMERA
Assistant Director of Medical
Services
Ministry of Health
Box 8
Entebbe, Uganda

David AWASUM
Director
Ministry of Public Health
Yaounde, Cameroon

Bineta BA
Health Care Financing Advisor
USAID/REDSO/WCA
B.P. 1712
01 Abidjan, Côte d'Ivoire

Saidou Pathé BARRY
Coordonnateur National
Soins Santé Primaires
Ministère de la Santé Publique
Guinea

Salif COULIBALY
Directeur de la Cellule de
Planification
Ministère de la Santé et de la
Solidarité et des Personnes Agées
B.P. 232
Bamako, Mali

Chuck DEBOSE
Chief, Health Population and
Nutrition (HPN)
USAID/Dakar
US Embassy
Dakar, Sénégal

Issakha DIALLO
Division des Soins de Santé Primaires
Ministère de la Santé Publique et de
l'Action Sociale
B.P. 4024
Dakar, Sénégal

François Pathé DIOP
Conseiller en Economie de la Santé
Projet du Financement et
Pérennisation de la Santé (HFS
Project)
a/c Tulane University/
Abt Associates Inc./USAID
Ministère de la Santé Publique
B.P. 11461
Niamey, Niger

Alasanne DIAWARA
Responsable Opérations
Mission résidente de la Banque
Mondiale
Dakar, Sénégal

Larry FORGY
Health Economist
USAID/REDSO/ESA
Nairobi, Kenya

Fatimata HANE
Health, Population, Nutrition Office
USAID/Dakar
US Embassy
Dakar, Sénégal

James HERRINGTON
Project Coordinator CCCD Project
1601 Adeola Hopewell
Victoria Island, Lagos, Nigeria

Ibrahim HUSSEIN
Head, Health Care Financing
Secretariat
Ministry of Health
P.O. Box 30016
Nairobi, Kenya

Sarah KAMBOU-DEGNAN
Project Director
CARE International
Togo

Thomas KIBUA
Health Economist
Kenya Health Care Financing Project
P.O. Box 14329
Nairobi, Kenya

Mandy Kader KONDE
Directeur, National Santé
Ministry of Health
Guinea

J.H. KYABAGGU
Ministry of Health
Uganda

Eyitayo LAMBO
Health Economist
HFA Unit
WHO/AFRO
B.P. 06
Brazzaville, Congo

Linda LANKENAU
Deputy HPN Officer
USAID/Dakar
U.S. Embassy
Dakar, Sénégal

Charlotte LEIGHTON
Senior Health Economist
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA

Jean LIMBASSA
Inspecteur Général
Ministère de la Santé Publique
B.P. 883
Bangui, Central African Republic

Julius MAKANJUOLA
Director, National Health Planning
Federal Ministry of Health
Federal Secretariat, Phase II,
Iroyi, Lagos, Nigeria

Marty MAKINEN
Technical Director
Health Financing and Sustainability
(HFS) Project
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA

Kathleen McDavid
CCCD Assistant Project Manager (CDC)
AID/Washington
Department of State
Washington, D.C. 20523

Deborah MCFARLAND
Health Economist
Centers for Disease Control and
Prevention, International Health
Program Office (CDC/IHPO)
1600 Clifton Road, NE
Building 11 South
Atlanta, Georgia 30333 USA

Claude MILLOGO
HPN Program Specialist
USAID/Ouagadougou
B.P. 35
Ouagadougou, Burkina Faso

Philemon NAMKONA
Directeur Général de la Santé
Ministère de la Santé Publique
B.P. 883
Bangui, Central African Republic

René OWONA Essomba
Director of Preventive and Rural
Medicine
Ministry of Public Health
Yaounde, Cameroon

Michael QUALLS
Public Health Advisor
Centers for Disease Control and
Prevention, International Health
Program Office (CDC/IHPO)
1600 Clifton Road, NE
Building 11 South
Atlanta, Georgia 30333 USA

Jean ROY
ACSI-CCCD Coordinator
Centers for Disease Control and
Prevention, International Health
Program Office (CDC/IHPO)
1600 Clifton Road, NE
Building 11 South
Atlanta, Georgia 30333 USA

Mouhsine SANT'ANA
Directeur des Affaires Communes
Ministère de la Santé Publique
B.P. 245
Lome, Togo

Colonel Lamine Cissé SARR
Directeur de la Santé Publique
Ministère de la Santé Publique et de
l'Action Sociale
B.P. 4024
Dakar, Sénégal

B. A. SETON
Federal Ministry of Health
Federal Secretariat, Phase II
Iroyi, Lagos, Nigeria

James Setzer
School of Public Health
Emory University
1599 Clifton Road, NE
Atlanta, Georgia 30329 USA

James SHEPPERD
Acting Chief, Applied Research
Division
AID/R&D/Health
Department of State
Washington, D.C. 20523

Komlan Etienne SIAMEVI
Ministry of Health and Population
Togo

Rogatrain SHIRIMA
Principal Secretary
Ministry of Health
P.O. Box 9083
Dar Es Salaam, Tanzania

Hope SUKIN
AID/AFR/ARTS/HHR
AID/Washington
Department of State
Washington, DC 20523

Leonard TAPSOBA
Secrétaire Général
Ministère de la Santé, de l'Action
Sociale, et de la Famille
B.P. 7009
01 Ouagadougou, Burkina Faso

Nena TERRELL
Information Specialist
HFS Project
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA

Abdelmajid TIBOUTI
Economist/Bamako Initiative
Management Unit
UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, New York 10017 USA

Monica TSELAYAKGOSI
Senior Economist
Ministry of Health
Postal Bag 0038
Gaborone, Botswana

Carla WILLIS
Health Economist
Abt Associates Inc.
55 Wheeler Street
Cambridge, Massachusetts 02138 USA

Yacouba ZINA
Directeur DEP
Ministère de la Santé, de l'Action
Sociale, et de la Famille
B.P. 7009
01 Ouagadougou, Burkina Faso

Anastasie ZOUMARO-DJAYOON
Care International
Togo

APPENDICE B

LES IDEES REÇUES SUR LE RECOUVREMENT DES COÛTS

Introduction

Les participants de l'Atelier sur le financement des soins de santé du CCCD ont fait la liste d'un certain nombre d'assertions des "croyances habituelles" au cours des présentations et discussions des études de cas par pays et des mises à jour techniques. A la fin de l'atelier, les participants ont repris ces idées pour obtenir atteindre un consensus sur celles qui devaient passer de la catégorie "croyances habituelles" à la catégorie "faits acquis" et celles qui exigeait davantage de recherche et d'analyse avant que l'on puisse les classer. La discussion de ces assertions visait à fournir des conseils aux collègues des pays non représentés et intéressés de mettre en oeuvre un programme de recouvrement des coûts dans leur pays, et comment procéder. Il s'agissait pour les participants de prévenir leurs collègues de ce à quoi ils devaient s'attendre.

On trouvera ci-dessous une liste des assertions qui, de l'avis général des participants peuvent être classées dans la catégorie "fait acquis" et non pas "croyance habituelle". Dans certains cas, ce qui est acquis c'est l'opposé de la croyance habituelle. Ces cas sont indiqués dans la première colonne par un "F" indiquant que l'idée est fausse. Les autres sont indiqués dans la première colonne par un "V" qui indique que l'assertion est vraie.

La liste des faits acquis a été réorganisée comme on le verra ci-dessous. L'explication entre crochets qui suit chaque fait acquis résume le contexte de la discussion. Les faits acquis eux-mêmes sont exprimés exactement comme ils l'ont été par les participants. Trois des faits acquis apparaissent deux fois, car ils ont trait à la fois à la qualité et aux recettes, à la détermination des prix et à la volonté de payer.

Stratégie

- V ▲ Le manque (l'absence) de [toute] information nécessaire pour mettre au point et appliquer un programme de recouvrement des coûts à l'échelon national ne doit pas empêcher de définir les lignes directrices et les stratégies d'un programme.

[S'il est certes souhaitable d'avoir des renseignements précis sur les coûts, la volonté/capacité de payer, etc. avant de commencer à mettre en oeuvre le recouvrement des coûts, ceci n'est pas indispensable. Des estimations grossières suffisent souvent. Il est possible et même souvent nécessaire de procéder à des modifications ultérieures. Il est plus important d'apprendre de la mise en oeuvre que d'affiner les estimations des évaluations. La recommandation qui suit est néanmoins importante aussi.]

- V ▲ Le recouvrement des coûts doit être mis en oeuvre par étapes.

[Pour permettre de faire des ajustements basés sur ce que l'on a appris des premières étapes de la mise en oeuvre, il faut instaurer graduellement les programmes. Il faut se servir des leçons apprises des premières étapes de la mise en oeuvre pour modifier les programmes avant de les appliquer à l'échelle du pays.]

Recettes, fixation des prix et volonté de payer

- V ▲ Les frais initiaux de recouvrement des coûts peuvent être supérieurs aux recettes.

[Au début d'un programme de recouvrement des coûts, les investissements que l'on doit faire pour former le personnel ou embaucher du personnel supplémentaire pour gérer les fonds et les livres de comptes, etc. peuvent être supérieurs aux recettes gagnées. Cependant, à long terme, la recommandation suivante aura un sens.]

- V ▲ Il y a des niveaux de prix acceptables pour les services de soins de santé qui dépassent le coût de collecte des honoraires.

[Il est possible à moyen et à long termes, en faisant payer des honoraires d'un niveau acceptable, d'obtenir des recettes qui dépassent fortement les coûts encourus pour les faire payer.]

- V ▲ Les honoraires peuvent générer des recettes capables d'améliorer sensiblement la qualité ou la quantité au niveau local.

[Bien que les recettes générées par le recouvrement des coûts puissent représenter une part importante des dépenses totales des services fournis par l'Etat, leur montant peut représenter une différence importante au niveau des installations dans les ressources disponibles pour les intrants essentiels tels que les médicaments et les fournitures.]

- V ▲ Les contributions en nature ou en espèces en échange de services de santé ne représentent pas une innovation pour la plupart des Africains.

[Les systèmes de médecine traditionnels exigent souvent que le bénéficiaire fasse une contribution, souvent en nature et d'une valeur substantielle (qu'il abatte une tête de bétail, par exemple) en échange de soins de santé.]

- F ▲ Les gens ne veulent pas payer les services de santé.

[Il faudrait supprimer les doutes à ce sujet.]

- V ▲ Les formations sanitaires ou la communauté où ont été générées les recettes doivent en garder une bonne portion et les gérer.

[Il s'agit là d'un élément essentiel des programmes de recouvrement des coûts qui fonctionnent bien car cela facilite le paiement des honoraires et garantit qu'ils sont utilisés pour répondre aux besoins des consommateurs. La portion de recettes gardées par la formation sanitaire doit être d'au moins 50 %. Il faut également prévoir un fonds de "solidarité" pour redistribuer une partie des recettes au niveau régional ou du district, à des fins d'équité.]

- V ▲ Les améliorations de la qualité (telles qu'elles sont perçues par le consommateur) au niveau primaire permettent aux patients d'économiser de l'argent.

[En raison du mauvais fonctionnement de nombreux systèmes publics de soins de santé avant la mise en oeuvre du recouvrement des coûts, nombreuses étaient les personnes ayant besoin de soins qui devaient dépenser des sommes importantes chez des prestataires privés (tels que guérisseurs traditionnels et colporteurs de médicaments), acheter leurs médicaments dans les pharmacies privées car ils ne pouvaient se les procurer dans les installations publiques et payer des transports vers d'autres installations de santé. Un autre coût que doit payer le consommateur est celui des traitements plus compliqués nécessaires parce que les soins de santé primaires ne sont pas disponibles au niveau local et que la maladie n'est pas traitée à ses débuts. Lorsque l'on utilise les recettes provenant du recouvrement des coûts pour améliorer la qualité des soins de santé primaires de façon à ce que les consommateurs évitent les dépenses énumérées ci-dessus, l'obligation de payer des honoraires aboutit en fait à une économie nette.]

- V ▲ Le changement de l'utilisation des services dépend du prix et de la qualité.

[Le prix a un effet négatif sur l'utilisation alors que la qualité a un effet positif. Lorsque l'on augmente les prix et que les recettes ainsi obtenues servent à améliorer la qualité, l'effet net sur l'utilisation est difficile à prévoir et doit être contrôlé pour obtenir des renseignements exacts.]

- V ▲ Les pauvres semblent plus sensibles aux changements de prix et de qualité.

[C'est l'utilisation par les pauvres qui reflète le plus fortement les effets négatifs des prix et les effets positifs des améliorations de la qualité. C'est pourquoi il est particulièrement important de mettre au point des moyens efficaces de tester les systèmes afin de prendre en charge les honoraires que devraient payer les pauvres, tout en améliorant la qualité dans les programmes de recouvrement des coûts.]

- V ▲ Les honoraires limitent l'utilisation injustifiée.

[Une partie de la baisse d'utilisation qui accompagne parfois l'introduction d'honoraires vient du fait que les consommateurs qui n'ont pas vraiment besoin de traitement médical ne consultent plus.]

Qualité

- V ▲ Toute amélioration de la qualité doit être liée au recouvrement des coûts.

[Les programmes de recouvrement des coûts qui n'améliorent pas la qualité des services ne peuvent durer et offrir des avantages nets plus importants aux consommateurs.]

- V ▲ Les recettes provenant du recouvrement des coûts doivent être utilisées pour améliorer la qualité des services.

[Ce point est lié à celui qui précède.]

- V ▲ L'amélioration de la qualité au niveau primaire (telle qu'elle est perçue par le consommateur) peut permettre aux patients d'économiser de l'argent.

[Voir les commentaires sur ce même sujet ci-dessus sur la question intitulée Recettes, Prix et Volonté de payer. En ce qui concerne la qualité, les améliorations doivent répondre à ce que les consommateurs veulent (à tort ou à raison) sinon, ils n'utiliseront pas les services et continueront de dépenser leur argent pour des services de remplacement. Lorsque ce que veulent les consommateurs est différent de ce qui est dans leur intérêt au plan médical, il faut essayer de les informer.]

- V ▲ Les changements d'utilisation dépendent et du prix et de la qualité.

[Les améliorations de la qualité ont tendance à faire augmenter l'utilisation et peuvent compenser les effets négatifs des prix.]

- V ▲ Les pauvres paraissent plus sensibles aux changements du prix et de la qualité.

[Voir la note ci-dessus sur la question intitulée Recettes, Prix et Volonté de payer.]

- V ▲ Les améliorations de la qualité doivent accompagner et parfois précéder le recouvrement des coûts.

[Dans certains pays, la qualité des services avant l'introduction du recouvrement des coûts était médiocre; dans d'autres elle s'est détériorée au point où les consommateurs n'ont plus confiance dans le système. Dans les premiers pays, les améliorations de la qualité doivent accompagner l'introduction ou l'accroissement du recouvrement

des coûts. Dans les autres pays, les améliorations de la qualité doivent précéder le recouvrement des coûts.]

- V ▲ L'amélioration de la qualité doit être un des objectifs de tout programme de recouvrement des coûts.

[Là encore, il existe une forte corrélation entre l'amélioration de la qualité et les perspectives de réussite d'un programme de recouvrement des coûts.]

Efficacité

- V ▲ Il est important de fournir des stimulants appropriés au personnel de tout le système de santé.

[Des stimulants liés à la performance doivent être mis en place dans tout le système de santé pour assurer que les crédits provenant de toutes les sources, y compris le recouvrement des coûts, sont utilisés de la façon la plus efficace possible.]

Les participants ont beaucoup débattu la question de savoir s'il fallait proposer une compensation pour les organismes de supervision au niveau de la communauté. De nombreux participants pensaient que pour obtenir les résultats souhaités de ces structures (aussi bien pour le temps passé que la qualité des personnes souhaitant y travailler) il fallait leur offrir une certaine compensation. Pour d'autres cela pourrait constituer une ponction sur les ressources financières qui devraient être utilisées pour améliorer la qualité; en outre, ceci aurait tendance à « bureaucratise » les structures.]

- V ▲ L'intégration des services a un potentiel élevé d'amélioration de l'efficacité des prestations.

[Ceci constitue un aval des participants de l'intégration des services, par opposition aux programmes verticaux, comme façon d'améliorer l'efficacité. N.B. Les participants ont inclus le planning familial parmi les services à intégrer.]

- V ▲ Les avantages des systèmes d'information doivent justifier leurs coûts.

[Ceci vient d'une discussion sur les systèmes de collecte de données fortement recommandés (au point de sembler être imposés) par certains bailleurs de fonds pendant les programmes de recouvrement des coûts. Les participants ont trouvé qu'une partie des renseignements qu'ils devaient recueillir n'était guère utile à aucun niveau du système et que leur collecte coûtait cher. Ils ont néanmoins reconnu qu'il y avait besoin de données pour le suivi et les prises de décision à tous les niveaux du système, depuis le centre individuel jusqu'au Ministère de la santé.]

Information des consommateurs

- V ▲ Les perceptions ou les informations erronées des consommateurs peuvent limiter l'utilisation des services et des recettes.

[Les consommateurs peuvent être mal informés sur les avantages de certaines thérapies et actions préventives comme les immunisations. Ces perceptions erronées peuvent faire qu'ils refusent de payer. Il faut donc prendre des mesures pour améliorer l'information des consommateurs et les encourager à utiliser les services utiles et créer davantage de revenus pour les payer.]

Rôle de la communauté

- V ▲ La participation communautaire en matière de planification, gestion, mise en oeuvre et suivi est essentielle à la réussite du recouvrement des coûts.

[Les décisions sur les systèmes de recouvrement des coûts et la gestion des ressources qui sont prises loin des communautés concernées ont beaucoup moins de chances de réussir.]

Divers

- V ▲ Il faut comparer les dépenses de santé entre pays avec prudence.

[Les différences telles que les prix des intrants, les tendances épidémiologiques, les diverses pratiques de comptabilité des gouvernements et la densité de la population font qu'il est difficile d'établir des comparaisons des dépenses de santé publiques et privées entre pays. Il faudra donc faire ces comparaisons avec beaucoup de prudence.]

- F ▲ La santé est produite à l'extérieur de la maison.

[Les participants ont reconnu que la santé commence à la maison et non pas par le premier contact avec le système de prestations de services de santé. Les programmes de santé doivent donc reconnaître et tenir compte de l'importance de ce qui se passe à la maison.]

- V ▲ Importance d'une supervision étroite et régulière du recouvrement des coûts.

[Un élément important de la réussite des programmes de recouvrement des coûts est une supervision étroite et régulière des installations sanitaires et des communautés concernées. La supervision doit être menée dans l'intention d'aider à résoudre des problèmes et non pas de réaliser un audit.]

APPENDICE C

QUESTIONS ET PRIORITES DE RECHERCHE

Les chiffres indiquent le nombre de participants qui ont choisi une question comme l'une des trois plus importantes questions de recherche.

COUTS ET EFFICACITE	
7	Quels sont les coûts des divers services de soins?
0	Quels sont les coûts de la collecte des honoraires?
0	Inclusion des IRA et son impact sur les coûts de la prestation des soins?
5	Réduction des coûts par l'intégration?
Ajouté après le vote	Quels sont les coûts des maladies mentales?
EQUITE	
7	Pouvons-nous protéger les pauvres? Comment le faire?
2	La fixation différentielle des prix (par revenu des ménages ou par région) peut-elle assurer l'accès des services à tous?
GESTION ET PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	
8	Autonomie et semi-autonomie dans le secteur hospitalier? Sous quelles conditions est-ce que cela fonctionne/ne fonctionne pas?
2	Quels sont les mécanismes de solidarité?
6	Comment promouvoir la participation communautaire (sans imposer un travail trop lourd sur les participants)?
Ajouté après le vote	Quels sont les mécanismes et les niveaux appropriés de contrôle financier?
QUALITE	
1	Efficiencce contre qualité?
1	Que signifie la qualité pour les consommateurs?
1	Description des tâches pour améliorer l'intégration et la qualité?

QUESTIONS ET PRIORITES DE RECHERCHE. suite

DEPENSES DU SECTEUR PRIVE	
0	Niveau de dépenses privées pour la survie des enfants?
0	Expérience des formations sanitaires gérées par les missions confessionnelles et le secteur privé?
2	Quelles sont les alternatives choisies par la population lorsque le recouvrement des coûts est mis en oeuvre ou les tarifs sont augmentés?
Ajouté après le vote	Quel est le potentiel de participation du secteur privé (y compris services dans formations sanitaires publiques)?
REACTION DES CONSOMMATEURS	
4	Effet de l'introduction des honoraires sur l'utilisation des services préventifs?
0	Est-ce que les honoraires réduisent l'utilisation injustifiée des soins?
4	De combien doit-on améliorer la qualité par rapport à l'augmentation des prix pour accroître l'utilisation?
REACTION DES PRESTATAIRES	
1	Salaires contre motivation?
5	Comment évaluer les performances dans la fourniture des incitations?
NIVEAUX ET STRUCTURES DE PRIX	
	Capacité de payer?
	Honoraires par épisode contre autres mécanismes de paiement?
	Comment fixer les tarifs?
DIVERS	
Ajouté après le vote	Quels sont les besoins clés en information de suivi des objectifs pour les décideurs?
Ajouté après le vote	Quelles sont les différences entre la pérennisation à long et à court terme?

APPENDICE D

**Health Financing
and Sustainability
Project**

*Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane
Suite 600
Bethesda, Maryland
20814*

Le 2 avril 1993



Madame Hillary Rodham Clinton
The White House
1600 Pennsylvania Avenue, N.W.
Washington, D. C.

Madame la Présidente,

Le Projet HFS vient de mener un atelier de trois jours à Dakar (Sénégal) dont le thème était le financement des services de santé en Afrique. Cet atelier a été réalisé à l'intention de représentants de haut niveau de 10 pays d'Afrique (voir la liste des participants ci-jointe). Nous aimerions partager avec vous certaines des idées qui ont surgi de cet atelier et pourraient être appliquées aux Etats-Unis.

Le Projet HFS est un projet sous contrat de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID). Ce projet fournit une assistance technique, fait la recherche appliquée, diffuse des informations et mène des activités de formation dans les domaines du financement et de l'économie de la santé dans les pays en développement du monde entier.

L'atelier sur le financement des soins de santé à Dakar a été mené en conjonction avec une conférence d'une semaine sur l'état d'avancement de la survie des enfants en Afrique qui était également parrainée par AID. Cet atelier s'est concentré sur la diffusion des résultats de plusieurs années de réforme des systèmes de financement des soins de santé de nombreux pays d'Afrique. Les participants africains ont tiré des leçons de leur expérience récente et remporté avec eux des mesures qu'ils recommandent à leurs Ministres de la santé. De grands progrès ont été accomplis en Afrique en ce qui concerne l'établissement d'honoraires pour commencer à répartir les coûts entre les bénéficiaires et l'Etat pour les services qu'il assure. Ces honoraires créent les ressources nécessaires pour fournir des services de meilleure qualité et élargir l'accès aux services pour les couches de population mal desservies jusqu'ici.

Malgré les grandes différences qui existent entre les systèmes de soins de santé des pays d'Afrique et d'Amérique, certaines suggestions inspirées par l'atelier de Dakar pourraient s'appliquer aux Etats-Unis :

- ▲ Mettre au point un plan global tenant compte des capacités, des points forts et des faiblesses de tous les protagonistes du système de santé, gouvernement, prestataires privés à but lucratif et à but non lucratif, consommateurs, assureurs, le

Tel: (301) 913-0500

Fax: (301) 652-3916

Telex: 312636

sous-secteur pharmaceutique, les professionnels de la santé, etc.

- ▲ Inclure des stimulants et des moyens de dissuasion pour encourager tous les protagonistes à fournir des services de qualité de façon efficace.
- ▲ Faire participer la communauté bénéficiaire de ces services aux prises de décisions concernant les programmes de santé publique. Ceci permettra aux programmes d'être adaptés aux besoins locaux.
- ▲ Permettre des variations locales pour encourager l'innovation.

Nous espérons à HFS que ces suggestions aideront les travaux de votre groupe d'étude et nous vous souhaitons bonne chance.

Veillez agréer, Madame la Présidente, les assurances de ma très haute considération.

Marty Makinen
Directeur technique