

Le financement des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu : Modèles et meilleures pratiques

SOULEY ABDOUL DJIBO

Doctorant, Département de Sciences de la Santé, option : Evaluation des Programmes de Santé, Université Lisala, RDC

RESUME

Les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie font face à une crise sanitaire due à un accès limité aux soins, une forte mortalité infantile et maternelle, et la prévalence de maladies infectieuses, aggravée par des facteurs socio-économiques et un personnel de santé inadéquat. L'étude analyse l'efficacité et la durabilité des modèles de financement des soins de santé primaires (SSP), souvent dépendants de l'aide extérieure, confrontés à des budgets publics limités et à des paiements directs élevés. L'objectif est d'analyser les modèles de financement des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu et d'identifier les meilleures pratiques pour garantir un accès universel et équitable aux soins. La méthodologie mixte basée sur la revue documentaire a été adoptée pour mener cette recherche. De ces résultats nous retiendrons quelques exemples :

- *En Haïti, environ 60 % des dépenses de santé sont financées par des donateurs internationaux ;*
- *Environs 40 à 60 % des dépenses de santé en Afrique subsaharienne proviennent des paiements directs des patients) ;*
- *Assurance communautaire couvrant 80 % des coûts médicaux ; Community-Based Health Insurance (CBHI) en Éthiopie : Permet aux ménages à faible revenu d'accéder aux soins en échange de cotisations abordables*

Les principaux modèles de financement (aide internationale, paiements directs, financement public, assurance maladie, PPP, FBR) présentent chacun des inconvénients. La discussion confirme que la couverture santé universelle améliore l'accès, la dépendance à l'aide nuit à la durabilité, et un budget national plus important améliore la qualité. En conclusion, un financement durable et équitable des SSP nécessite une approche mixte combinant un engagement étatique accru, une protection sociale étendue et une coopération internationale coordonnée.

Mots clés : Soins de santé primaires, Modélisation du paiement à la capitation, Équité en santé, Financement public de la santé, Couverture sanitaire universelle.

ABSTRACT

Low-income countries in Africa and Asia face a health crisis due to limited access to care, high infant and maternal mortality, and the prevalence of infectious diseases, exacerbated by socio-economic factors and inadequate health personnel. The study analyzes the effectiveness and sustainability of primary healthcare (PHC) financing models, often reliant on external aid, and confronted with limited public budgets and high out-of-pocket payments. The objective is to analyze primary healthcare financing models in low-income countries and identify best practices to ensure universal and equitable access to care. A mixed-methods approach based on literature review was adopted to conduct this research. Some examples from the findings include:

- *In Haiti, approximately 60% of health expenditure is financed by international donors;*
- *Around 40 to 60% of health expenditure in sub-Saharan Africa comes from direct patient payments;*
- *Community-Based Health Insurance (CBHI) in Ethiopia: Covers 80% of medical costs, allowing low-income households access to care in exchange for affordable contributions.*

The main financing models (international aid, out-of-pocket payments, public funding, health insurance, PPPs, PBF) each present drawbacks. The discussion confirms that universal health coverage improves access, dependence on aid undermines sustainability, and a larger national budget improves quality. In conclusion, sustainable and equitable financing of PHC requires a mixed approach combining increased state commitment, expanded social protection, and coordinated international cooperation.

Keywords: Primary Healthcare, Capitation Payment Modeling, Health Equity, Public Health Financing, Universal Health Coverage

Soumis le : 25 juin, 2025

Publié le : 29 juillet, 2025

Auteur correspondant : SOULEY ABDOUL DJIBO

Adresse électronique : souleyadjibo@gmail.com

Ce travail est disponible sous la licence

Creative Commons Attribution 4.0 International.



1. INTRODUCTION

Confrontés à une crise sanitaire persistante, particulièrement en Afrique et en Asie, les pays à faible revenu luttent pour assurer un accès équitable et durable aux soins de santé primaires (SSP). Caractérisés par une forte mortalité infantile et maternelle, une prévalence élevée des maladies infectieuses et des systèmes de santé fragiles exacerbés par des facteurs socio-économiques et environnementaux, entre autres une dépendance importante de l'aide extérieure, les déséquilibres entre zones urbaines et rurales, l'insuffisance du personnel médical, et les faiblesses structurelles des systèmes de santé renforcent la vulnérabilité des populations. Ces nations font face à des défis majeurs en matière de financement des SSP. Dans un contexte mondial axé sur la couverture sanitaire universelle, cette analyse se penche sur l'efficacité et la durabilité des modèles de financement existants, explorant les approches les plus performantes et les obstacles à surmonter pour garantir un accès aux soins pour tous de manière pérenne.

1.1 Problématique

Les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie font face à de nombreux défis sanitaires. Les services de santé en place aujourd'hui y répondent avec peine. L'insuffisance de moyens a des conséquences tragiques. Le premier défi reste la simple couverture des besoins sanitaires fondamentaux. Les taux élevés de mortalité infantile et maternelle témoignent que rien n'est réglé. Les maladies infectieuses restent la première cause de mortalité (1) Les causes derrière ces problèmes de santé sont entre autres, le non'accès à l'eau potable, de la malnutrition, de la faible éducation des parents, d'une croissance démographique non maîtrisée et de conditions climatiques hostiles.

Aussi de nombreux pays pauvres ont sombré, parfois de façon chronique, dans la guerre civile. L'impact humain a été particulièrement effroyable pour les populations civiles de la Corne de l'Afrique et celles de l'Afrique centrale. (1)

Une autre contrainte majeure du côté de l'offre est l'insuffisance d'un personnel qualifié. Formé en nombre insuffisant, ce dernier est également mal distribué. Partout, les zones rurales restent mal couvertes.

Derrière ces ressources limitées, se trouvent tant la maigreur des budgets publics que la pauvreté des populations. Différentes initiatives internationales ont été lancées pour accroître les fonds disponibles pour le secteur de la santé. Certains pays ont vu leurs dettes publiques partiellement annulées. Les contraintes macro-économiques restent extrêmement serrées pour de nombreux pays pauvres. Les dynamiques sont mal coordonnées et les injonctions sont souvent contradictoires. Les engagements pris lors des sommets internationaux tardent à se réaliser

Une multitude d'études sur l'inaccessibilité des soins et l'inégalité face à la maladie existe (2) (La qualité médiocre des soins et des services a également été mise en exergue (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Les frustrations des usagers sont ainsi bien connues

Dans les pays à faible revenu, le financement des soins de santé primaires repose souvent sur une combinaison de sources publiques et privées. Cependant, l'insuffisance des ressources financières, la dépendance aux financements extérieurs et l'inégalité d'accès aux soins restent des défis majeurs. Dès lors, notre question principale de recherche est savoir:

Comment assurer un financement et un accès équitable aux soins de santé primaires performants dans les pays à faible revenu ?

Quant aux questions secondaires c'est de savoir :

- Quels sont les modèles de financement les plus efficaces pour assurer la performance des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu ?
- Quels sont les principaux obstacles à la mise en œuvre de ces modèles ?
- Quelles sont les stratégies clés pour renforcer les systèmes de santé face aux défis de financement ?

1.2 Objectifs

1.2.1 Objectif général

Analyser les modèles de financement des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu et identifier les meilleures pratiques pour garantir un accès universel et équitable aux soins.

1.2.2 Objectifs spécifiques

- Identifier les principaux modèles de financement des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu ;
- Apprécier l'efficacité et la durabilité des différents mécanismes de financement en fonction des contextes nationaux ;
- Proposer des recommandations et des stratégies adaptées pour améliorer le financement des soins de santé primaires dans ces pays.

1.3 Les Hypothèses

1.3.1 Hypothèse principale

Un financement durable et équitable des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu reposera sur une combinaison de ressources publiques, de mécanismes de protection sociale et de financements internationaux bien coordonnés.

1.3.2 Hypothèses secondaires

- Hypothèses secondaire 1 :

Au vu de la recommandation du Conseil exécutif, à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé qui stipule que : « les structures de financement de la santé de nombreux pays doivent être encore développées et soutenues si l'on veut élargir l'accès aux soins et services de santé nécessaires pour tous, tout en conférant une protection contre les risques financiers catastrophiques et en les prévenant » (3), nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle : Les systèmes de financement basés sur la couverture santé universelle permettraient une meilleure accessibilité aux soins primaires en réduisant les barrières financières.

- Hypothèses secondaire 2 :

En nous basant du fait que : l'USAID finance des programmes très variés, mais la santé est sans doute la plus grande, En 2024, elle a alloué un budget de quelque 35,4 milliards de dollars américains, dont 11,5 milliards destinés aux pays du continent africain, (4) le 26 février 2025 l'administration Trump a notamment annoncé la suppression de 92% des financements de programmes à l'étranger de l'USAID. (5) nous avons formulé comme seconde hypothèse :

La dépendance excessive aux financements extérieurs compromettrait la durabilité des soins de santé primaires en raison de l'instabilité des aides internationales.

- Hypothèses secondaire 3 :

La Thaïlande est un exemple éclatant de la manière dont les gens ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin et qu'ils peuvent se permettre. Le pays a instauré de manière décisive un système de couverture santé universelle (CSU) basé sur une fiscalité

générale progressive qui a échelonné la société de manière à ce que les personnes en bonne santé paient davantage pour couvrir les frais des malades (6), cet exemple sur la Thaïlande nous a amenés à formuler cette troisième hypothèse selon laquelle :

Une allocation budgétaire nationale plus importante aux soins de santé primaires améliorerait la qualité et l'efficacité des services fournis.

2. REVUE DOCUMENTAIRE

2.1 Sources de financement

Parmi ces sources, l'aide au développement joue un rôle majeur pour financer la santé dans les pays les plus pauvres. (7). Par ailleurs, plusieurs pays essaient de mobiliser des sources « innovantes » de financement, comme de nouvelles taxes sur les billets d'avion, sur les transactions financières ou le tabac, ou encore des ressources provenant de fondations privées (8) C'est ainsi que l'on constate une récente multiplication des initiatives d'exemption des paiements directs pour des services déterminés et/ou en faveur de certaines catégories de population dites vulnérables (les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou allaitantes, les indigents). Ces politiques dites « de gratuité » visent à atténuer le fardeau financier de la santé pour cette population et améliorer leur recours aux soins. L'obstacle financier n'est toutefois pas entièrement levé puisque, d'une part, on note le maintien de coûts non pris en charge et indirects, et d'autre part, la mise en œuvre des politiques d'exemption accuse régulièrement un important retard de remboursement des structures de soins, conduisant au développement de stratégies d'adaptation passant par le recours aux paiements privés voire le retour aux paiements directs .(9) La persistance de l'inégalité devant les soins est un résultat univoque de la mise en œuvre du paiement direct alors même que cette dimension constituait l'un des chaînons central de cette politique. L'étude menée sur le district sanitaire de Kongoussi au Burkina Faso (chap. 1) est, à ce sujet, représentative. Le taux de fréquentation des centres de santé du district sanitaire est enregistré à la baisse à la suite de l'adoption du paiement direct qui devient un frein à l'accès aux soins notamment pour les personnes les plus démunies (p. 314). (10)

En effet, si paiement direct a permis un retour des médicaments dans les centres de santé, il a réduit leur fréquentation, la qualité des soins s'est payée par une relative exclusion des plus pauvres. Dans un contexte où l'inclusion sociale redevient un enjeu, les expériences d'exemption de paiement se multiplient sur le continent, avec des effets réels sur la fréquentation, mais plus limités que l'on pouvait espérer, du fait des multiples problèmes rencontrés, en particulier lorsque le manque de financement se traduit par une baisse de la disponibilité en médicaments. De fait, comme le montrent les auteurs, les politiques de gratuité dans les trois pays n'échappent pas aux problèmes structurels de l'action publique: celle du Burkina Faso apparaît plus progressive, tandis que celle du Niger, plus ambitieuse et aussi plus improvisée, fait face à un dispositif de pilotage totalement sous-dimensionné et à de gros problèmes de financement. Le coût pour le budget national ayant été largement sous-estimé, l'État Nigérien a un énorme arriéré de remboursement auprès des centres de santé, dont il a ruiné les ressources financières, aggravant les problèmes d'approvisionnement en médicaments. (1).

2.2 Protection contre les difficultés financières

Compte tenu des contraintes financières existantes, les gouvernements doivent concevoir des dispositifs de protection sociale, qu'ils soient financés par des systèmes de mutualité, par les employeurs, par un système fiscal plus efficace ou par une plus grande part du budget national allouée à la santé. L'OMS estime que chaque année les dépenses de santé font plonger 150 millions de personnes dans une situation financière catastrophique et font passer 100 millions d'entre eux en-deçà du seuil de pauvreté. Ils sont davantage confrontés à la maladie et nécessitent donc plus de soins alors qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer le coût des services de santé, en particulier lorsque ces services sont financés par des paiements directs. (11)

« Il sera impossible d'atteindre le but de la couverture sanitaire universelle si les pays ne prennent pas des mesures d'urgence pour éviter que les gens ne sombrent dans la pauvreté parce qu'ils doivent payer des soins de santé essentiels. Élargir l'accès à des soins de santé primaires de qualité permettra de sauver davantage de vies tout en proposant des soins qui restent abordable », dit le Dr Muhammad Pate, Directeur chargé de la santé, de la nutrition et de la population à la Banque mondiale. Environ 925 millions de personnes dépensent plus de 10% du revenu de leur ménage pour payer des soins de santé et 200 millions en dépensent plus de 25%. (12)

Les pays ne doivent pas continuer à céder le leadership dans la détermination de leurs besoins prioritaires en matière de santé ou dans le financement des soins de santé de base aux donateurs et aux initiatives mondiales en matière de santé. La Thaïlande est un exemple de pays qui a adopté une combinaison de ces approches et a fait de grands progrès en matière d'amélioration de l'accès aux soins et de réduction des dépenses personnelles. Le pays a commencé à améliorer l'accessibilité des soins primaires dans les zones rurales en redistribuant les fonds des centres urbains pour construire de nouveaux établissements de santé ruraux et en incitant les médecins à s'installer et à exercer dans les zones rurales. En 2002, le pays a instauré de manière décisive un système de couverture santé universelle (CSU) basé sur une fiscalité générale progressive qui a échelonné la société de manière à ce que les personnes en bonne santé paient davantage pour couvrir les frais des malades. Aujourd'hui, la Thaïlande est un exemple éclatant de la manière dont les gens ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin et qu'ils peuvent se permettre. (13)

Dans le contexte où le secteur informel prédomine, la solution adéquate serait de mettre en place des programmes d'appui aux mutuelles de santé. Par exemple, pour permettre aux plus pauvres de devenir membres des MS, l'Etat devrait faire des contrats avec ces derniers par des transferts de subventions aux districts. Ainsi, ces derniers seraient en mesure d'allouer un budget pour la prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé. Ces subventions devraient permettre le paiement des primes d'assurance des familles les plus pauvres habitant les milieux ruraux et contribuent à réduire les coûts administratifs liés aux transactions de gestion des indigents. (15)

2.3 La Faiblesse des dépenses publiques de santé

La plupart des pays Africains n'ont pas de ressources adéquates pour mettre en place des systèmes de santé fonctionnels. En effet, les dépenses totales de santé en tant que % du PIB sont faibles et estimées en moyenne à 4,9 (Tonia Marek et al., 2006). Les données récentes collectées et analysées par l'Union africaine sur les dépenses publiques de santé révèlent que la majorité des pays d'ASS sont loin de se rapprocher de l'objectif issu de la Déclaration d'Abuja de 2001 selon laquelle tous les pays africains devraient allouer 15% des dépenses publiques à la santé. En effet, selon ces données, près deux tiers des pays ont alloué moins de 10%. (15)

2.4 L'échec des mécanismes de prise en charge des indigents

Ces mécanismes consistent à octroyer des certificats d'indigence à ceux qui sont dans l'incapacité de payer. Dans ce système la présentation d'un certificat d'indigence donne la gratuité d'accès aux soins. Il a été constaté que de tels systèmes avaient échoué dans certains les PED quant à la délivrance des certificats d'indigence, soit quand certains patients n'ayant aucun critère d'exonération se retrouvaient sur la liste des indigents. (M. Audibert et al. 2003) ; soit quand les patients éligibles à l'exonération n'en bénéficient pas. C'est le cas au Ghana où 84% des patients éligibles à l'exemption ne l'avaient jamais bénéficié (Nyonator and Kutzin, 1999). Une telle situation traduit un dysfonctionnement de la procédure d'évaluation de qui est pauvre, qui doit bénéficier de l'exonération et pour quel service. (15)

Le FBR (financement basé sur les résultats) a été conçu comme une approche ouverte, adaptée aux besoins spécifiques des pays et susceptible de favoriser les réformes à l'échelle du système. Cependant, comme c'est le cas pour beaucoup de stratégies et d'outils, il y a un écart entre ce qui a été planifié et ce qui est réellement mis en œuvre. Cet article soutient que le FBR, tel qu'il est actuellement mis en œuvre dans de nombreux contextes, ne remplit pas ses promesses...le FBR monopolise l'attention et concentre le dialogue politique sur les résultats à court terme, tout en détournant l'attention et les ressources des processus de changement plus vastes, plus holistiques et des réformes nécessaires. On accorde trop peu d'attention aux effets systémiques et à long terme, alors que le FBR peut nuire aux services et aux systèmes de santé. (16)

3. MÉTHODOLOGIE

Une approche mixte a été adoptée, pour explorer les enjeux liés au financement et à l'accès aux soins de santé primaires dans les pays à faible revenu :

- Analyse des politiques de santé mises en œuvre, de leurs succès et de leurs limites, en se basant sur les études existantes ;
- Revue documentaire dans des bases de Web of Science, Google Scholar en utilisant des mots-clés pertinents (exp "financement santé pays faible revenu", "soins de santé primaires Afrique", "accès équitable santé", "modèles de financement") ;
- Entretien direct avec un expert du financement des systèmes de santé.

4. RÉSULTATS

Le financement des soins de santé primaires (SSP) dans les pays à faible revenu repose sur plusieurs modèles, chacun ayant ses limites. Les principaux modèles couramment utilisés :

4.1 Financement international et aide au développement

De nombreux pays à faible revenu dépendent en grande partie de l'aide des organismes internationaux (OMS, Banque mondiale, Fonds mondial, UNICEF, etc.) pour financer leurs soins de santé primaires. Cependant, ces financements sont souvent imprévisibles, ce qui compromet la pérennité des services.

Exemple : En Haïti, environ 60 % des dépenses de santé sont financées par des donateurs internationaux (WHO, 2020).

4.2 Paiements directs des patients (out-of-pocket payments, OOP)

Dans certains pays, les soins de santé primaires sont principalement financés par les paiements directs des patients. Exemples : Environ 40 à 60 % des dépenses de santé en Afrique subsaharienne proviennent des paiements directs des patients (WHO, 2021). (18)

4.3 Financement public basé sur le budget gouvernemental

Dans ce modèle, le gouvernement finance directement les soins de santé primaires grâce aux recettes fiscales et aux contributions sociales obligatoires. Le cas de certains pays comme Rwanda (avec la mise en place d'un financement public robuste via la taxation et les contributions aux Mutuelles de Santé communautaires) bien que dans la plupart des pays à faible revenu, la faible capacité fiscale de ces pays limite les revenus du gouvernement, et la part du PIB consacrée à la santé reste souvent inférieure aux recommandations de l'OMS (5 % du PIB).

Exemple : En Afrique subsaharienne, les dépenses publiques de santé représentent en moyenne 2 % du PIB, bien en dessous du seuil recommandé (World Bank, 2021).

Rwanda : Mise en place d'un financement public robuste via la taxation et les contributions aux Mutuelles de Santé communautaires ; et le Ghana : Crédit au National Health Insurance Schème (NHIS), financé par une taxe sur la valeur ajoutée et les cotisations des assurés. (19).

4.4 Assurance maladie universelle et communautaire

Ce modèle repose sur la mise en place de systèmes d'assurance santé obligatoires ou volontaires, permettant aux populations d'accéder aux soins moyennant des cotisations régulières.

Exemples : Mutuelles de santé au Rwanda : Assurance communautaire couvrant 80 % des coûts médicaux ; Community-Based Health Insurance (CBHI) en Éthiopie : Permet aux ménages à faible revenu d'accéder aux soins en échange de cotisations abordables.

4.5 Partenariats Public-Privé (PPP)

Les PPP permettent de mobiliser des financements du secteur privé pour renforcer les infrastructures et l'accès aux soins de santé primaires.

Exemples : Kenya : Programme de financement des infrastructures hospitalières grâce à des partenariats avec des entreprises privées ; Nigeria : PPP pour la distribution de médicaments et de vaccins dans les zones rurales. (20)

4.6 Le FBR: financement basé sur les résultats dans les pays à revenu faible et intermédiaire:

Depuis une dizaine d'années, on assiste à l'explosion d'initiatives de financement basé sur les résultats (FBR). Dans ces systèmes, les prestataires de santé sont, au moins partiellement, financés sur base de leur performance. C'est face à l'échec des stratégies des réformes passées que le FBR a été avancé comme une solution innovante et efficace permettant de contribuer à améliorer la performance des systèmes de santé des PRF/PRI. À la suite de premiers résultats considérés comme encourageants, particulièrement au Rwanda, le FBR en santé s'est rapidement développé et fait l'objet aujourd'hui d'un important soutien de bailleurs de fonds internationaux. (16).

4.7 L'efficacité des dépenses publiques

L'efficacité de l'investissement public repose sur une combinaison de sources de financement et sur une gestion rigoureuse, notamment dans les secteurs comme la santé et l'éducation. En effet, l'ampleur des besoins de financement en Afrique pour atteindre les Objectifs du Développement Durable (ODD) souligne la nécessité d'identifier les facteurs contribuant à améliorer l'efficacité des investissements publics. Plusieurs sources de financement ont été étudiées à savoir : la dette publique, la dette privée et les recettes fiscales. (21)

5. DISCUSSION

Les systèmes de financement basés sur la couverture santé universelle permettraient une meilleure accessibilité aux soins primaires en réduisant les barrières financières.

Les systèmes de paiement direct (out-of-pocket payments) restent une source majeure de financement dans de nombreux pays, ce qui exclut les populations les plus pauvres.

Exemple : En Afrique, plus de 50 % des dépenses de santé sont payées directement par les patients, ce qui entraîne des dépenses catastrophiques pour de nombreux ménages (Xu et al. 2017).

L'OMS estime que chaque année les dépenses de santé font plonger 150 millions de personnes dans une situation financière catastrophique et font passer 100 millions d'entre eux en-deça du seuil de pauvreté. Les ménages pauvres doivent affronter une double difficulté : ils sont davantage confrontés à la maladie et nécessitent donc plus de soins alors qu'ils n'ont pas les moyens d'assurer le coût des services de santé, en particulier lorsque ces services sont financés par des paiements directs. (11)

L'on constate une récente multiplication des initiatives d'exemption des paiements directs pour des services déterminés et/ou en faveur de certaines catégories de population dites vulnérables (par exemple, les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes ou allaitantes, les indigents). Ces politiques dites « de gratuité » visent à atténuer le fardeau financier de la santé pour cette population et améliorer leur recours aux soins. L'obstacle financier n'est toutefois pas entièrement levé puisque, d'une part, on note le maintien de coûts non pris en charge et indirects, et d'autre part, la mise en œuvre des politiques d'exemption accuse régulièrement un important retard de remboursement des structures de soins, conduisant au développement de stratégies d'adaptation passant par le recours aux paiements privés voire le retour aux paiements directs (9)

Les recours aux mécanismes de prise ne charge des indigents. Il a été constaté que aussi de tels systèmes avaient échoué dans certains les PED quant à la délivrance des certificats d'indigence,. C'est le cas au Ghana où 84% des patients éligibles à l'exemption ne l'avaient jamais bénéficié (Nyonator and Kutzin, 1999). Une telle situation traduit un dysfonctionnement de la procédure d'évaluation de qui est pauvre, qui doit bénéficier de l'exonération et pour quel service. (15)

La dépendance excessive aux financements extérieurs compromettrait la durabilité des soins de santé primaires en raison de l'instabilité des aides internationales.

L'aide au développement joue un rôle majeur pour financer la santé dans les pays les plus pauvres. En 2013, les ressources extérieures ont financé 23 % des dépenses totales de santé du Bénin, 29 % de celles du Sénégal et jusqu'à 73 % de celles du Burundi (7) En Haïti, environ 60 % des dépenses de santé sont financées par des donateurs internationaux (WHO, 2020).

En 2024, l'USAID a alloué un budget de quelque 35,4 milliards de dollars américains, dont 11,5 milliards destinés aux pays du continent africain. (4) Cette dépendance visa vis de l'aide extérieure pour le financement de la santé pour les pays à faible revenu comporte des lourdes conséquences compte tenue de l'instabilité croissante de ces financements, la suppression de 92% des financements de programmes à l'étranger de l'USAID annoncée par l'administration Trump en est un exemple. (5)

Les pays ne doivent pas continuer à céder le leadership dans la détermination de leurs besoins prioritaires en matière de santé ou dans le financement des soins de santé de base aux donateurs et aux initiatives mondiales en matière de santé (13)

On peut confirmer que cette dépendance excessive aux financements extérieurs compromet la durabilité des soins de santé primaires en raison de l'instabilité des aides internationales à un manque de durabilité à long terme mais aussi rendant le système vulnérable aux variations des aides internationales.(17)

Une allocation budgétaire nationale plus importante aux soins de santé primaires améliore la qualité et l'efficacité des services fournis.

La plupart des pays Africains n'ont pas de ressources adéquates pour mettre en place des systèmes de santé fonctionnels. En effet, les dépenses totales de santé en tant que % du PIB sont faibles et estimées en moyenne à 4,9 (Tonia Marek et al. 2006). Les données récentes collectées et analysées par l'Union africaine sur les dépenses publiques de santé révèlent que la majorité des pays d'ASS sont loin de se rapprocher de l'objectif issu de la Déclaration d'Abuja de 2001 selon laquelle tous les pays africains devraient allouer 15% des dépenses publiques à la santé. En effet, selon ces données, près deux tiers des pays ont alloué moins de 10%. (15)

La Thaïlande est un exemple éclatant de la manière dont les gens ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin et qu'ils peuvent se permettre. Le pays a instauré de manière décisive un système de couverture santé universelle (CSU) basé sur une fiscalité générale progressive qui a échelonné la société de manière à ce que les personnes en bonne santé paient davantage pour couvrir les frais des malades. (13)

Pour faire face à ces défis, plusieurs options s'offrent aux états à faible revenu dont voici quelques-unes :

- Adopter une approche de financement mixte, il faut noter que les systèmes de financement les plus efficaces reposent sur une combinaison de sources de financement, incluant:
- Financement public (augmenter les investissements gouvernementaux)
- Assurance maladie universelle (Promotion des mécanismes de protection sociale pour réduire les paiements directs) ;
- Financement international coordonné (une meilleure intégration des financements extérieurs dans les plans de santé nationaux)
- Partenariats Public-Privé (Mobilisation des fonds privés pour compléter les ressources publiques)
- Mettre en place des stratégies de co-financement entre les États et les partenaires internationaux pour assurer une transition progressive vers un financement interne. (17) ;
- Renforcer les mécanismes de protection sociale, tels que la couverture santé universelle et les assurances maladies communautaires ;
- Mettre en place des subventions ciblées pour les populations les plus vulnérables;
- Développer des modèles de paiement à base de capitation pour garantir l'accès aux soins sans barrières financières ;
- Mettre en place des mécanismes de contrôle et d'audit pour assurer la transparence dans l'utilisation des fonds de santé ;
- Renforcer la gouvernance participative avec l'implication de la société civile et des communautés dans la gestion des ressources ;
- Adapter un système de gestion financière numérique pour réduire les risques de détournements de fonds ;
- Investir dans les infrastructures et les ressources humaines ;
- Augmenter le budget d'investissement pour la construction et la rénovation des infrastructures sanitaires ;
- Développer des programmes de formation et de fidélisation pour les professionnels de santé, notamment dans les zones rurales.

6. CONCLUSION :

Cette étude a mis en évidence la complexité du financement des soins de santé primaires dans les pays à faible revenu, marquée par une dépendance persistante à l'aide internationale, une faiblesse des budgets publics et la prédominance des paiements directs,

facteurs d'inégalités et d'exclusion. Si des mécanismes alternatifs tels que l'assurance maladie universelle, les partenariats public-privé ou le financement basé sur les résultats offrent des perspectives intéressantes, leur efficacité dépend d'une mise en œuvre rigoureuse, adaptée aux réalités locales. Toutefois, la durabilité de ces systèmes passe par un engagement accru des états à travers une mobilisation renforcée des ressources nationales, une protection sociale étendue, et une coopération internationale mieux cordonnée.

CONFLIT D'INTERET

Nous n'avons pas un conflit d'intérêt dans notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

- Cairn.info Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? https://shs.cairn.info/article/MED_131_0059
- Gilson, 1997 ; Gilson et al., 2000 ; Wagstaff, 2002
- EB128.R8 <https://iris.who.int/bitstream/handle.pdf>
- foreignassistance.gov <https://foreignassistance.gov/agencies>.
- TV5 monde <https://information.tv5monde.com/international/>
- MSH Comblor l'écart : financer les soins de santé primaires en Afrique 21 janvier 2025
<https://msh.org/fr/story/closing-the-gap-financing-primary-health-care-in-africa>
- OMS, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>).
- (Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 ; Ridde et al. 2015b).
- idde et al. 2012 <https://www.bing.com/search?q=ridde+et+al.%2C+2012&gs>
- [Ridde, Valéry L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest](https://journals.openedition.org/etudesafricaines) <https://journals.openedition.org/etudesafricaines>
- EM/RC55/INF.DOC.6(b) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/122654/EM_RC55_inf_doc6b_fr.pdf;jsessionid
- OMS Communiqués de presse
<https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp>
- MSH Comblor l'écart : financer les soins de santé primaires en Afrique 21 janvier 2025
<https://msh.org/fr/story/closing-the-gap-financing-primary-health-care-in-africa> ;
- Élisabeth Paul, et al.? La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires analyses-économiques.pdf 2016 ;
- Solange CYCARANO Quelles approches de financement de la santé pour atteindre les pauvres des pays en développement? Université d'Auvergne-Master Economie de la Santé 2006 ;
- Le FBR financement basé sur la performance dans les pays à revenu faible et intermédiaire: n'est-il pas temps de le repenser? Fév 13, 2018 <https://www.equitesante.org>
- World Health Organization (2020). Global Health Expenditure Report.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). "Protecting households from catastrophic health expenditures." Health Affairs, 26(4), 972-983
- World Health Organization (2021). Global Health Expenditure Database.
- Lu, C., Chin, B., Li, G., & Murray, C. J. (2012). "Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures." Bulletin of the World Health Organization, 90(3), 238-244.
- Effet des sources de financement sur l'efficacité de l'investissement public en Afrique subsaharienne Revue d'Analyse des Politiques Économiques et Financières ISSN:1840 - 8222 Volume 7, Numéro 1-Juin 2024