

# La viabilité financière des centres de santé de base à Madagascar : vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie

*The financial viability of Primary Healthcare Centers in Madagascar: Towards a necessity to mutual health insurance systems*

E. Emile (1)\*, S.S.E.N. Rabesalama (2)

(1) Département Economie, Sciences économiques et sociales de La santé. Université de Toamasina, Madagascar

(2) Service de La Chirurgie, CHU Toamasina, Madagascar

## Résumé

Les centres de santé de base, en servant comme les premiers contacts de la population en matière de service de soins constituent un maillon important du système de santé. Or, devant respecter la logique d'une fourniture de services avec des coûts inévitables, ils sont dans une situation de fragilité financière ne gardant que très peu de disponibilité financière voire en déficit. A côté, la population, pauvre dans la majorité, a du mal à supporter les dépenses de plus en plus cher. Cette étude a montré que la mise en marche d'une mutuelle de santé va à la fois alléger la population dans les dépenses de santé tout en donnant d'impulsion financière aux structures de santé pour une meilleure offre de santé.

**Mots-clés:** centres de santé, viabilité financière, mutuelle de santé, assurance maladie

## Abstract

Primary Healthcare Centers, serving as the first contacts of the population in care services are an important link in the health system. But to respect the logic of providing services with inevitable costs, they are in a financial fragility keeping only very few financial availability or deficit. Besides, the population in the poor majority struggling to bear the expenses of increasingly expensive. This study showed that the starting of a mutual health will both reduce the population in health spending while giving financial boost to health facilities for better health provision.

**Key words:** healthcare centers, financial viability, mutual health, health insurance

## Introduction

Les centres de santé de base de niveau 1 et 2 (CSB 1 et CSB 2) jouent un grand rôle dans le dispositif du système de santé malgache. Constituant le premier contact auprès de la population en matière d'offres et de demande de santé, ils offrent les premiers soins d'une importance capitale pour les conditions sanitaires de la population. Dans ce rôle, il existe au sein de ce centre un principe de Paquet Minimum d'Activités [1] comprenant entre autres les consultations externes, les premiers soins, la vaccination, la promotion et éducation de santé. Ces centres se doivent par consé-

quent d'assurer le maximum d'efficacité dans leur production de service. Certes, l'existence ou l'ouverture de ces centres est assortie de principe techniques minimum selon la loi en matière d'infrastructures, d'équipement et de ressources humaines, mais le fonctionnement normal requiert beaucoup de chose plus que cette dimension technique « de soin ». Derrière cette dimension technique de l'acte de soin, il y a la dimension institutionnelle (les responsabilités des acteurs à l'intérieur comme à l'extérieur du système de santé) et aussi une dimension économique (le coût des services) [2]. Et avec cette dimension économique, le principe de la fonction de production [3] constitue un défi majeur. La santé n'ayant pas de prix mais a des coûts.

Cette dernière est d'autant plus importante que les besoins en matière de santé deviennent de plus en plus intenses (en quantité) et de plus en plus variés (qualité). Les moyens financiers sont alors devenus au cœur du fonctionnement des centres de santé et ces derniers, sont considérés comme une entreprise à fonctionnement normal avec des dépenses à engager (les coûts des différents actes de soins) et donc des obligations de recette. Il y est constaté logiquement que de la capacité de centres à dégager de surplus entre ces deux flux dépend leur capacité à améliorer leurs services en (capacité d'accueil, diversification de service). Et l'Etat y contribue malgré les contraintes budgétaires.

Pendant plusieurs années, la gratuité des soins (à l'avantage de la population) existait eu égard au fait que la santé constitue une importance particulière pour le bien-être de la population et le pays tout entière. La plupart des charges sinon la totalité était assurée par l'Etat. Or depuis l'avènement de l'Initiative de Bamako [4], vu l'évolution des besoins de la santé et la capacité de l'Etat, il a été décidé que la population, est invitée à participer dans le frais des actes dont ils sont bénéficiaires. C'est la fameuse Participation Financière des Usagers (PFU). Si le principe existait depuis longtemps dans les pays développés, il constituait un nouveau principe avec deux enjeux capitaux dans les pays en pauvres comme Madagascar. D'une part, la capacité de l'Etat, vu les problèmes économiques avec des capacités financières limitées que cela suppose n'arrivait plus à assurer des services de qualité acceptables au niveau des centres de santé. La nécessité de l'existence d'autres sources financières est devenue vitale. D'autre part, si minime soit-elle, la participation financière de la part de la population avec des revenus très faibles (1 \$ par jour) n'arrivait pas à l'honorer.

Un problème crucial apparaît : comment juguler la faiblesse du revenu de la population et les faibles moyens financiers des centres de santé pour permettre à ces derniers d'assurer pleinement leur rôle.

Ce travail a pour objectif d'apporter une analyse des enjeux du fonctionnement financier des centres de santé de base en vue de dresser les alternatives possibles pour l'amélioration de leurs capacités financières.

## Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude menée au niveau des centres de santé de base avec leur fonctionnement normal pour voir leur viabilité financière par rapport à leurs

dépenses et à leurs recettes.

Eu égard au rôle des centres de santé qu'est le premier contact de la population, les centres de santé de base ont ce qu'on appelle « le Paquet Minimum d'Activités ou PMA » [5]. Il comprend la prise en charge des maladies : assurer le diagnostic, le traitement, le suivi et la référence en cas de besoin, la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau fixe et communautaire et les soins préventifs pour la santé maternelle et infantile dont la vaccination des enfants, la surveillance de la croissance, les activités de promotion de santé et le déparasitage, la consultation pré et post natal avec toutes les actions de surveillance de la grossesse, la sensibilisation sur les activités préventives et promotionnelles, les activités de gestion, la gestion financière des centres avec les recettes et les dépenses essentiellement du FANOME et l'approvisionnement en médicaments pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels.

Ces activités, sans être exhaustives, montrent l'importance de la fonctionnalité des centres de santé et pour la population et pour le système de santé dans sa globalité.

Pour cette étude, la région Atsinanana, une des régions de la Côte Est de Madagascar a été choisie. Puis, sept centres de santé de base y sont pris au hasard dont quatre urbains et trois ruraux pour une analyse de leurs activités pendant les cinq dernières années soit de 2010 à 2014. Une étude sur l'évolution des consultations, une des activités dominantes des centres a été faite pendant ces années suivies des analyses de l'évolution des recettes et des dépenses des centres.

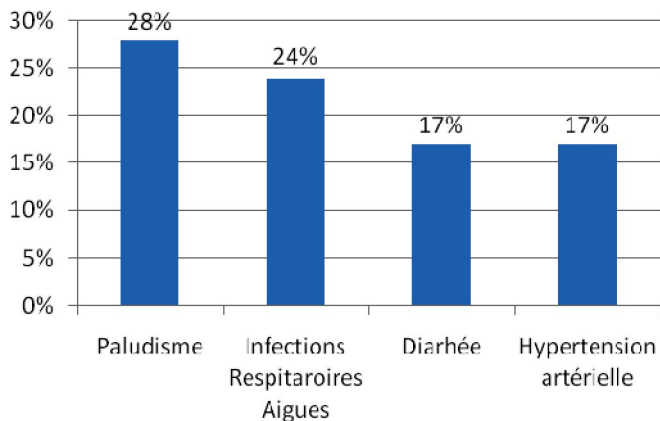
## Résultats

Les études étant menées auprès des centres de santé de base de niveau I et II dans les milieux urbains et ruraux, les principales maladies qui ont été observées de 2010 à 2014 confirmaient encore la prépondérance du triple infanticide (paludisme, infections respiratoires aiguës et diarrhée).

Le tableau nous a montré que le paludisme restait encore en tête des maladies vues en consultations aux différents CSB qu'ils soient milieu urbain ou rural ; venaient ensuite les infections respiratoires aiguës et la diarrhée. Mais la plus remarquable a été constituée par le fait que l'hypertension artérielle devenait un problème fréquent au niveau des centres de santé. Si avant 2005, ce problème de santé était encore moins fré-

quente que les infections cutanées et les infections sexuellement transmissibles [6], depuis 2010, elle gagnait du terrain et apparaissait progressivement après le triple infanticide.

**Figure 1.** Les principales maladies vues en consultations externes dans les CSB dans la région Atsinanana de 2010 à 2014.



Source : Direction Régionale de la Santé Publique Atsinanana, 2014.

Comme nombre de consultations, tout type de maladies confondues, si les CSB urbains recevaient en moyenne 25 malades par jour, les CSB ruraux quant à eux n'en prenaient en charge que sept par jour. Dans tout cela le taux d'utilisation s'établissait à 31% [7].

Les principales recettes des centres de santé étant constituées par le FANOME, la Participation Financière des Usagers, et les dépenses principalement sur les médicaments, les soldes entre les deux ne laissaient pas beaucoup de choses.

Dans le cas général, après les dépenses classiques, les centres de santé n'avaient pas assez de disponibilité financière pour leur fonctionnement. De plus, des déficits de plus en plus consistants les frappaient et il apparaissait que les centres de santé ruraux en étaient les plus faibles.

Comme paiement, les patients avaient à déboursier les coûts des médicaments issus de leur consultation et en moyenne, ils avaient payé 1.300 Ar par cas de maladie.

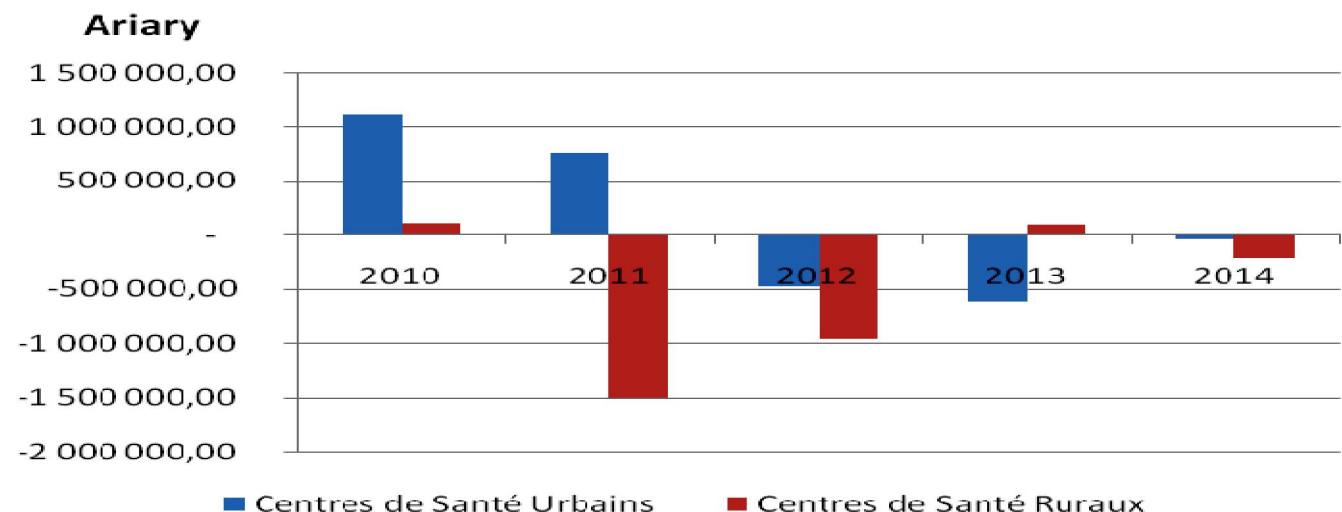
Face aux problèmes financiers de l'Etat, et vu les déficits progressivement chroniques, ces centres n'avaient pas beaucoup de marge de manœuvre pour assurer et offrir un plateau de service et technique plus adapté aux évolutions des besoins de la population.

## Discussion

### *Demande de santé continue avec des revenus de plus en plus faibles.*

Dans son œuvre intitulée « Les fondements de l'économie de la santé », Charles E. Phelps [...] avait écrit que « la demande de soins médicaux découle de la demande sous-jacente de santé et que toute atteinte à l'état de de la santé conduit à un changement (un accroissement) de la demande de soins. Sa constatation est d'autant plus vraie que vu les conditions socio-économiques dans lesquelles la population vit, la demande de soins est devenue pressante. Les sensibilisations en matière de fréquentation des centres de santé qui commençaient depuis quelques temps à drainer des résultats ont fait que de plus en plus de ménages s'adressent aux hôpitaux en cas de maladie.

**Figure 2.** Solde entre les recettes et dépenses des centres de santé de base dans la région Atsinanana de 2010 à 2014.



Même si dans beaucoup d'endroit surtout ruraux, des ménages restent plus résistants. Les campagnes de vaccinations menées par l'Etat à travers le Ministère de la Santé et ses différents partenaires (nationaux et internationaux) récoltent ses fruits en nombres d'enfant vaccinés et en réduction du taux de mortalité infantile. Tout cela montre l'engouement des gens à utiliser les structures de santé. Mais, malgré ce comportement positif vis-à-vis des structures de santé, les ménages rencontrent un problème de taille : la faiblesse de revenu. En effet, avec 71,5% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté avec 1,25 \$ par jour, la capacité à faire face aux dépenses de santé en absence de couverture sociale n'est pas évidente. Etant donné que cette couverture sociale ne couvre que 12% de la population [8].

Comme nous avons vu précédemment, même les 1.300 Ar (équivalent de 0,4 \$) par séquence de maladie constitue un lourd fardeau pour les ménages. Les fonds d'équité, décrits dans les politiques et le système de santé n'étant pas encore totalement fonctionnels (problème de critère, d'identification,...), la demande de soins de la population souffre énormément.

### ***Des centres de santé de base avec une fragilité financière chronique.***

En dépit des natures et des caractères publics des services offerts par les centres de santé, ils fonctionnent suivant une loi économique très claire : une fonction de production [9]. Les soins médicaux étant comme tous les biens offerts sur le marché, ils obéissent aux règles de la transformation des inputs aux résultats. Contrairement aux constatations des citoyens lambda, les services de santé ne se résument pas seulement et exclusivement aux médicaments offerts et achetés. Dans les services médicaux, les inputs englobent du capital (instruments et matériels de diagnostic, diverses installations), des fournitures (les divers consommables pour les soins, les draps,...) et une grande variété de travailleurs (médecins, infirmiers, servants,...). Dans cette logique économique de production, les centres de santé constituent obligatoirement une entité dont la fonction objective est la maximisation du profit soit par la minimisation des coûts (la plus privilégiée dans le secteur public) soit par la maximisation de la quantité offerte. Pour le premier cas (minimisation des coûts) qui concerne le secteur public, il y a un niveau minimum à ne pas dépasser au risque de délivrer un service inadéquat. Or dans le cas d'une augmentation des prix des services, les centres de santé sont confrontés

à deux problèmes : le premier concerne le pouvoir d'achat de la population, relaté en haut et le second la législation qu'ils doivent obéir avec des seuils à ne pas dépasser. Dans la réalité quotidienne, nous avons vu dans la figure 2 que les centres de santé, à part un excédent très minime avec lequel on ne pourra pas faire grand-chose vit en général dans le déficit. Ce qui met en cause leur fonctionnement et limite les potentialités à promouvoir la santé la première richesse de l'homme. Le fonctionnement comme une entreprise est depuis longtemps délaissé et les services demandés très limités.

### ***L'adaptation à la contrainte budgétaire : vers une nécessité de système de mutuelle et d'assurance maladie.***

Comme il a été dit auparavant, les centres de santé se doivent d'avoir au moins le minimum de moyen financier pour honorer sa mission. Les déficits continus avoisinant les 500.000 Ar ne constituent point une garantie d'un service digne de ce nom. Or, les centres de santé, comme on avait vu auparavant ne peuvent pas toujours augmenter un quelconque coût de service (faiblesse de revenu de la population et contrainte législative). Le principe de l'Initiative de Bamako avec la participation financière des usagers a rencontré sa limite dans le cas de la population très pauvre. Les centres de santé sont donc placés dans un dilemme : remplir le devoir séculaire d'accueil des populations pauvres non solvables et respecter l'enveloppe globale dont les modalités de calcul ne donnent aucune marge [10,11].

Les centres de santé butent sur un mur. Mais la solution pourrait se trouver dans les analyses même du marché de la santé. Une de ces analyses menées par un auteur repose sur l'importance de l'incertitude [12]. Celle-ci était suivie par l'asymétrie des informations sur le marché de soins où les médecins détiennent plus d'informations que le patient et les externalités. Comment la solution pourrait se présenter.

L'incertitude fait sortir que les gens ne sont pas sûrs s'ils tomberont malade ou non. En vivant avec un revenu limité, la plupart du temps faible, les gens risqueront alors de se ruiner en faisant face aux dépenses de santé. En face, les médecins qui connaissent mieux que la population le pourquoi et le devenir de la maladie pourraient mieux gérer la situation.

Aussi, pour minimiser les risques financiers sur les dépenses de santé, la population, en constituant un fonds

de participation et de cotisation périodique dans une mutuelle de santé, pourrait constituer un fonds qui leur épargnera des dépenses en cas de maladie. Cela va introduire la solidarité entre les malades et les non malades contrairement aux participations financières des usagers en paiement direct pour les malades seulement.

En prenant l'exemple de 20.000 habitants d'une circonscription médicale donnée et en utilisant les données recueillies supra dont paiement moyen 1.300 Ar et taux d'utilisation à 31%, le total des paiements en cas de maladie est de  $0.31 \times 20.000 \text{ personnes} \times 1.300 \text{ Ar} = 8.060.000 \text{ Ar}$ . En invitant à la population à faire fonctionner et à faire participer dans une mutuelle de santé ou d'assurance moyennant un paiement moindre par exemple 600 Ar par personnes, le total de fonds sera de  $20.000 \text{ personnes} \times 600 = 12.000.000 \text{ Ar}$ . Après avoir pu assurer toutes les dépenses de tous les malades, il restera alors au système  $4.060.000 \text{ Ar}$  ( $12.000.000 \text{ Ar} - 8.060.000 \text{ Ar}$ ). Non seulement le système est solvable mais il y a encore des fonds mobilisables.

L'assurance ou mutuelle permet alors de minimiser le capital nécessaire (pour les ménages) pour couvrir le risque. Il en déduit alors que la mutuelle de santé, en partageant ou diversifiant le risque va à la fois alléger chacun des ménages car le capital nécessaire sera moindre pour un niveau de risque égal, et que le système de santé va avoir une garantie de paiement. Il y a alors une double alternative positive toute bénéfique : *primo*, si la mutuelle sera gérée directement par les structures de santé, cela permet de disposer d'un fonds qui améliorera sûrement les marges des centres de santé dont le service, une solution pour les contraintes budgétaires chroniques ; *secundo*, si la mutuelle sera gérée par une autre entité en dehors du système de santé, les centres de santé pourrait avoir la possibilité de moduler leur prix pour plus de recette et donc plus de solde. Dans le deux cas, toutes les entités sont mutuellement gagnantes : la population, les centres de santé, la mutuelle et même l'Etat.

## Conclusion

La faiblesse des conditions financières des centres de santé sont des réalités quotidiennes du système de santé. Aussi bien dans le système ancien de la gratuité de soins que dans le cadre de l'Initiative de Bamako, cette viabilité financière des structures de santé suscitent toujours des questions. Dans les exigences humaines, économiques et juridiques des soins de la santé, la recherche de financement devient obligatoire. Et comme solution, l'instauration décisive de la mutuelle de santé et/ou d'assurance permettra d'avoir ce financement en allégeant les ménages et en donnant d'impulsion financière au centre. L'Etat n'aura qu'à y gagner son compte en fournissant des services de meilleure qualité à moindre coût.

## Références

1. Ministère de la Santé Publique, Madagascar. Politique Nationale de Santé, 2005.
2. Brémaud A. Quels modèles économiques et institutionnels pour les centres de santé, USMC- Les centres de santé. Com, Juin 2013
3. Galland B, Fontaine D, Rasidy K. Evaluer la viabilité des centres de santé, Fascicule 1, Guide méthodologique, IDR/REMEDI5, Juin 1997.
4. Ridde V. Kingdon à Bamako: Conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique. CNRS/INIST, Paris, 2004.
5. Ministère de la Santé Publique, Madagascar. Plan de Développement du Secteur Santé-2007-2011.
6. Emile E. La performance des politiques de santé malgaches de 1996 à 2006. Th. Doctorat, 2010.
7. Direction Régionale de la Santé Publique Antsiranana : Rapport annuel, 2014.
8. Institut National des Statistiques, Madagascar. Statistique Madagascar, 2012.
9. Phelps CE. Les fondements de l'économie de la santé, Chaire Santé de l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, Publi-Union.
10. Pierru F. L'hôpital est-il une entreprise comme une autre, Problèmes économiques n°2.646, Les rouages économiques de la santé, 5 janvier 2000.
11. Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience de centres de santé communautaire au Mali. Rev Santé Pub 2001; 13(1): 35-48.
12. Roचाix L. Petite histoire de l'économie de la santé, Traité d'économie et de la gestion de la santé, Editions de Santé (Sciences Po, Les Presses), 2009.