



HAL
open science

La couverture sanitaire universelle au SAHEL : le cas du Mali et du Tchad

Sameera Awawda, Mohammad Abu-Zaineh, Bruno Ventelou

► **To cite this version:**

Sameera Awawda, Mohammad Abu-Zaineh, Bruno Ventelou. La couverture sanitaire universelle au SAHEL : le cas du Mali et du Tchad. 2021. hal-03552258

HAL Id: hal-03552258

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-03552258>

Submitted on 2 Feb 2022

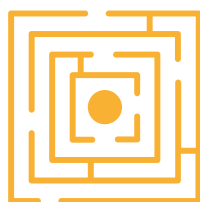
HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



La couverture sanitaire universelle au SAHEL : le cas du Mali et du Tchad

Sameera Awawda^{1,3}, Mohammad Abu-Zaineh^{2,3}, Bruno Ventelou^{2,3}



Résumé

Cette étude vise à évaluer la faisabilité et l'impact macro-économique de l'extension de la couverture sanitaire à l'ensemble de la population en vue de l'atteinte de la couverture universelle (CSU) au Mali et au Tchad. Nous utilisons une approche méthodologique par micro-simulation pour examiner l'impact d'un scénario de CSU sur les dépenses de santé des ménages ainsi que les recettes et les dépenses publiques. Etant donné les différents taux actuels de couverture de la population, les résultats montrent que l'atteinte de l'objectif coûterait aux gouvernements du Mali et du Tchad 17 182 et 44 415 millions de FCFA, respectivement. L'atteinte de la CSU pourrait augmenter l'accès aux soins des ménages, mais aussi le fardeau budgétaire du gouvernement ; il faudrait donc disposer de bonnes stratégies de financement public. L'étude évalue donc en parallèle les bénéfices à attendre d'une hausse de la prime d'assurance maladie.

Faits saillants

- L'extension de la couverture sanitaire à l'ensemble de la population associée à une réduction des coûts directs des services de soins augmenterait l'accès aux soins des ménages.
- L'extension de la couverture sanitaire à l'ensemble de la population pourrait affecter l'équilibre budgétaire du gouvernement.
- Une prime d'assurance maladie proportionnelle au revenu des ménages est une option de financement efficace pour l'équilibre des finances publiques.
- L'extension progressive de la couverture de la population et des services de soins semble être une option pour les ménages et pour le gouvernement au Mali et au Tchad.

1 Economics department and Institute of community and public health (ICPH), Birzeit university, West Bank, Palestine

2 Aix-Marseille Univ., CNRS, EHESS, Centrale Marseille, IRD, AMSE, Marseille, France

3 AHEAD Research Network (www.ahead-network.org)





Introduction

La couverture sanitaire universelle (CSU) est une cible fondamentale pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) 2015-2030 (WHO 2017). Le principe de la CSU requière d'étendre la couverture sanitaire à l'ensemble de la population, de réduire la participation des usagers aux coûts directs des services de soins de santé, et éventuellement d'inclure des services de soins non couverts pour le moment. Néanmoins, la mise en œuvre de la CSU dans les pays à faible revenu se heurte à la faible capacité à payer des ménages ainsi que la faible marge de manœuvre budgétaire du gouvernement. Des recherches ont montré qu'une extension de la couverture de la population et des services de soins non couverts, pourrait être insoutenable à long-terme, appelant à un ajustement de la politique fiscale (Awawda, Abu-Zaineh, and Ventelou 2020, 2019; Awawda and Abu Zaineh 2019).

Cette étude analyse la faisabilité économique et l'impact macroéconomique de la mise en œuvre de la CSU au Mali et au Tchad. Nous utilisons une approche méthodologique par micro-simulation pour examiner l'impact de la CSU sur les dépenses de santé des ménages ainsi que les recettes et les dépenses publiques.

Au Mali, il existe actuellement trois régimes de couverture du risque maladie selon les types de la population couverte (Deville et al. 2018) : (1) l'assurance médicale obligatoire (AMO) couvrant les fonctionnaires civils et les militaires de l'État, et les travailleurs et les titulaires de pensions des secteurs publics et privés ; (2) le régime d'assistance médical (RAMED) couvrant les indigents et (3) les mutuelles dont l'adhésion se fait sur une base volontaire. Au Tchad, le régime de couverture du risque maladie couvre moins de 2% de la population (Azétsop et Ochieng, 2015) (Tableau 1).

Tableau 1 : Le statut de la couverture sanitaire

	Mali		Tchad	
	Taux de la population	Taux de paiement direct	Taux de la population	Taux de paiement direct
Couverte	23%	25%	2%	0%
Non-couverte	77%	38%	98%	63%
Total	100	35%	100	62%





Une approche par simulation ● ● ● ●

La démarche méthodologique de micro-simulation permet d'évaluer de façon ex ante l'impact de différents scénarii de mise en œuvre de la CSU et des politiques publiques visant à en favoriser le financement à long terme. Nous appliquons un modèle macroéconomique comprenant quatre agents : un ménage représentatif, une firme représentative (pour résumer le comportement du secteur privé), le gouvernement, et le secteur extérieur (pour tenir compte des flux économiques internationaux). Le modèle est calibré à partir des données macro-économiques, notamment, les indicateurs du développement dans le monde (IDM) de la Banque Mondiale pour 2015.

Nous effectuons des simulations d'une couverture progressive de la population et des coûts des services de soins de santé ainsi que des simulations des politiques publiques visant à financer la CSU. Nous étudions les impacts de la CSU sur les recettes et les dépenses publiques ainsi que sur la situation du ménage représentatif vis-à-vis de ses dépenses de santé « endogènes » (on tient compte du fait que, lorsque la part des paiements directs diminue, les ménages recourent plus volontiers aux soins). Le modèle permet aussi de calculer les coûts totaux de l'expansion de la CSU pour le gouvernement.



Résultats

Nous estimons l'impact de la CSU au regard de six scénarii. Les deux premiers scénarii, S1 et S2, impliquent une augmentation progressive de la couverture de la population de 23% au Mali et 2% au Tchad à 50% et 100%, respectivement. Pour S1 et S2, nous partons du principe que les ménages vont avoir les taux de paiements directs actuels de la population bénéficiant de la couverture aujourd'hui en place (25% au Mali, 0% au Tchad). L'expansion de la couverture de la population devrait se traduire par un plus large accès aux soins (« dépenses de santé bénéficiant aux ménages » (ligne 1, Tableaux 2 et 3). Puis, les dépenses de santé financées par le gouvernement vont devoir augmenter. Cette augmentation est plus grande pour le Tchad par rapport au Mali étant donnée le niveau faible de couverture des coûts directs des services de soins au Tchad (63% vs. 25%). L'expansion de la couverture de la population à 100% (S2) augmenterait encore plus les dépenses de santé du gouvernement, de plus de 54% pour le Mali et presque 500% pour le Tchad. La prime payée par tous les nouveaux assurés augmenterait les recettes du gouvernement, mais moins que les dépenses de santé induites par la réforme. A budget de l'Etat constant, l'impact net sur les autres dépenses du gouvernement serait négatif avec une réduction d'environ 2,01% dans le S2 (ligne 4).





Tableau 2 : Résultats de la CSU pour le Mali (%)

Variable	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Dépenses de santé bénéficiant aux ménages	11,87	33,84	28,60	67,30	63,80	67,31
Recettes du gouvernement	2,79	8,60	2,19	8,56	19,39	17,09
Dépenses de santé du gouvernement	17,91	54,45	40,49	105,94	101,64	105,90
Autres dépenses du gouvernement	-0,71	-2,01	-6,47	-13,55	0,19	-3,50

Pour le Mali, les scénarii S3-S6 reposent sur l'hypothèse d'une couverture du coût des services de soins ramenée à 10% de reste-à-charge (le taux de paiement direct des ménages). Les scénarii S3 et S4 se basent sur une augmentation de la couverture de la population de 50% et 100%, respectivement. L'expansion de la couverture augmenterait encore plus le recours aux soins (par exemple 67,30% avec S4) et les dépenses de santé du gouvernement (105,94% avec S4). En conséquence, l'impact net sur les autres dépenses du gouvernement serait négatif avec une réduction de 13,55% avec S4.

Tableau 2 : Résultats de la CSU pour le Tchad (%)

Variable	S1	S2	S3*	S4	S5	S6
Dépenses de santé bénéficiant aux ménages	94,45	123,58	NA	NA	118,63	123,61
Recettes du gouvernement	4,28	14,66	NA	NA	24,47	21,95
Dépenses de santé du gouvernement	200,48	518,85	NA	NA	505,14	518,92
Autres dépenses du gouvernement	-6,53	-13,32	NA	NA	-2,83	-6,07

* Nous ne supposons pas une augmentation des taux de prise en charge des coûts des services de soins parce que le reste-à-charge de la population couverte est déjà fixé à 0% dans S1 et S2.

Au Tchad, les restes à charge sont supposés nuls, et S3 et S4 correspondent à une augmentation de la couverture de la population de 50% et 100%, respectivement. Afin de financer ce déficit fiscal engendré par la CSU, nous supposons une augmentation de la prime de l'assurance maladie ou du taux d'imposition sur la consommation de deux points de pourcentage (S5 / S6 respectivement). Ces deux politiques généreraient des revenus additionnels pour financer le déficit de la CSU.

Il est à noter que l'option par la prime d'assurance maladie (S5) apparaît être plus efficace pour préserver les autres dépenses du gouvernement : une augmentation de 0,19 avec S5 vs. une réduction de -3,50 avec S6 pour le Mali et une réduction de -2,83 avec S5 vs. -6,07 avec S6 pour le Tchad. Cependant, ces résultats ne tiennent pas compte des difficultés liées à la mise en place d'une fiscalité directe, pour lever la prime d'assurance-maladie, notamment auprès des travailleurs informels en zone rurale.





Implications pour les politiques publiques



La couverture de l'ensemble de la population pourrait coûter chaque année 17 182 millions de FCFA au Mali et 44 415 millions de FCFA au Tchad. La CSU au Tchad semble être plus coûteuse qu'au Mali, probablement à cause du faible niveau de la couverture actuelle de la population et des faibles restes-à-charge pratiqués au Tchad. Etant donnée la faible marge de manœuvre budgétaire au Mali et au Tchad, l'expansion de la couverture santé à l'ensemble de la population associée à une réduction des coûts directs des services de soins pourraient entraîner une réduction des ressources disponibles pour les autres secteurs publics. Dans ces conditions, la mobilisation de ressources supplémentaires semble indispensable pour financer la mise en œuvre de la CSU de manière pérenne. Deux instruments de financement de la CSU ont été analysés : les primes demandées aux ménages et une imposition sur la consommation. Ces deux instruments semblent être efficaces pour financer les besoins financiers de la CSU. Cependant, chaque option implique un effet différent sur les dépenses de santé des ménages et du gouvernement, ainsi que sur ses recettes. Les résultats montrent aussi que la CSU est plus coûteuse dans un contexte où la couverture de la population et des coûts des services de soins sont actuellement faibles (Tchad), ce qui pourrait appeler à une expansion progressive plutôt qu'une expansion immédiate de la CSU.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Réseau de Recherche en Santé, Environnement et Développement (AHEAD) pour son appui technique et la mise à disposition du modèle de micro-simulation. Nous remercions également l'Agence Française de Développement (AFD) pour son aide financière dans le cadre du projet UNISSAHEL porté par l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Remerciements à Dahab Manoufi (Tchad) et Laurence Touré (Mali) pour leur collaboration dans l'acquisition des données. Toutes erreurs ou maladresses contenues dans cet article restent sous la seule responsabilité des auteurs.



Pour plus d'informations

Awawda, S., and Abu-Zaineh, M. 2019. "An Operationalizing Theoretical Framework, for the Analysis of Universal Health Coverage Reforms: First Test on an Archetype Developing Economy." 04. AMSE Working Paper.

Awawda, S., Abu-Zaineh, M. & Ventelou, B. "Vers une couverture sanitaire universelle au Sénégal : quelles sont les meilleures stratégies de financement ?". UNISSAHEL research program. 2020. (hal-02877455).

Awawda, S., Abu-Zaineh, M., and Ventelou, B. 2019. "The Quest to Expand the Coverage of Public Health Insurance in the Occupied Palestinian Territory: An Assessment of Feasibility and Sustainability Using a Simulation Modelling Framework." The Lancet 393: S17.

Azétsop, J. and Ochieng, M., 2015. The right to health, health systems development and public health policy challenges in Chad. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 10(1), p.1.

Deville C, Hane F, Ridde V, Touré L, « La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et

au Sénégal en 2018 », Working Paper du Ceped, n° 40, Ceped (UMR 196 Université Paris Descartes IRD), Paris, Octobre 2018. Available at <http://www.ceped.org/wp>

WHO. 2017. "Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report."

L'objectif du programme UNISSAHEL est de comprendre et d'étudier les actions entreprises pour parvenir à la couverture universelle en santé (CUS) dans trois pays (Mali, Sénégal, Tchad) afin de soutenir les décisions politiques. Il est financé par l'Agence Française de Développement (AFD), porté par l'institut de recherche pour le développement (IRD) et le travail dans les pays se fait en partenariat avec le Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann (CRCF) au Sénégal, l'ONG MISELI au Mali et l'ONG BASE au Tchad.

www.unissahel.org - coordination.unissahel@gmail.com / amandine.fillol@ird.fr

