

Financement d'une campagne de soins gratuits par une association dans un district rural au Cameroun

Nécessité d'optimiser le rôle de la société civile en Afrique subsaharienne

Funding of a free healthcare campaign in a rural district of Cameroon: Optimizing the role of civil society in sub-Saharan Africa

Abstract. Financial barriers represent a major obstacle to access to health care in sub-Saharan Africa and thus to the implementation of the Bamako Initiative. We describe an experience in which a civil society organization financed a free healthcare campaign in a rural health district in Cameroon. In all, 2,073 patients received free consultations, laboratory tests, and drugs. Adults older than 40 years accounted for 55.7% of all patients. The most frequent diseases were: osteoarticular conditions (24.1%), malaria (20.8%), and intestinal parasitosis (12.5%). In health systems financed mainly by cost recovery, some population needs remain uncovered by health services. There is a need to involve and reinforce the role of civil society in health system financing. It can help to pool more funds and improve the management of health resources to increase financial access to health care for poor people.

Key words: *Sub-Saharan Africa, Cameroon, healthcare financing, free medical care, Bamako Initiative, civil society.*

La politique de soins de santé primaires adoptée après la Conférence d'Alma Ata, en 1978, a retenu comme l'une de ses composantes la participation communautaire [1]. Sous l'Initiative de Bamako, l'un des volets de la participation communautaire était les paiements des soins par les patients au moment de l'accès aux soins.

En effet, les formations sanitaires perçoivent de la part des patients des ressources financières qui permettent d'assurer un approvisionnement en médicaments, de doter les formations sanitaires d'équipements et de verser les salaires ou les primes au personnel [2].

En revanche, l'exclusion des patients pauvres de l'accès aux soins a été relevée comme l'un des effets pervers de cette initiative [3, 4], avec pour conséquence une forte morbidité et mortalité pour des affections pour lesquelles les interventions efficaces existent, pour les prévenir ou les traiter [5-7].

Pour faire face à ce faible accès aux soins curatifs, des campagnes ponctuelles de prise en charge curative des patients sont de plus en plus couramment organisées ; leurs effets sont néanmoins peu documentés dans la littérature.

Nous rapportons ici une expérience de la société civile qui a financé une campagne de soins curatifs gratuits dans le district de santé de Penka-Michel au Cameroun. Nous en tirons les leçons pour le renforcement du rôle de la société civile dans le financement des systèmes de santé d'Afrique subsaharienne.

Les données ont été collectées lors des journées de prestations gratuites (consultations, examens de laboratoire et médicaments) organisées pendant trois jours – du 6 au 8 août 2009 – dans le groupement Bamendou, district de santé (DS) de Penka-Michel, région de l'Ouest du Cameroun à l'initiative d'une association, le Cercle de promotion des amis (CPA).

Résultats

Au total, 2 073 consultations ont été réalisées. L'âge et le diagnostic étaient mentionnés chez 1 700 (74 %) patients. Les adultes âgés de plus de 40 ans étaient majoritaires (55,7 %) et les enfants (âgés de moins de 15 ans) constituaient 26,9 % des patients (tableau 1).

Les affections ostéoarticulaires, le paludisme et les parasitoses intestinales étaient les trois affections les plus fréquentes avec 24,1 %, 20,8 % et 12,5 % des cas respectivement (tableau 2).

Chez les enfants de 0 à 5 ans, les trois affections les plus fréquentes (53,2 % des cas) étaient le paludisme, avec soixante-douze cas (soit 27,2 %), suivi de quarante cas (15,1 %) de dermatoses et vingt-neuf (10,9 %) de malnutrition modérée. En revanche, si l'on s'intéresse à l'ensemble des 1 700 patients, les trois affections les plus fréquentes (57,3 % des cas) sont les affections ostéoarticulaires, dont les arthroses et les arthrites, avec 408 cas (24 %), suivi par le paludisme avec 354 cas (20,8 %) et des parasitoses intestinales avec 213 cas (12,5 %).

Coût théorique de la campagne pour les patients

Tous les patients ont bénéficié gratuitement de la consultation par l'équipe médicale, tandis que des examens de laboratoire (en particulier test du VIH et glycémie) ont été effectués, et des médicaments donnés pour certains patients. Le prix de la consultation médicale au Cameroun est de 600 francs CFA, et le coût des 2 073 consultations médicales s'élevait à 1,243 million francs CFA. Les dépenses de laboratoire s'élevaient à 100 000 francs CFA. Les médicaments d'une valeur de 2 millions francs CFA ont été achetés par le CPA et distribués gratuitement lors de la campagne. Ainsi, le coût total de cette action pour les 2 073 patients s'élève à 3,343 millions francs CFA, soit un coût moyen direct de 1 613 francs CFA par patient.

Discussion

L'une des limites d'une telle stratégie pour le renforcement de l'accès aux soins réside dans son caractère ponctuel et le non-ciblage des plus pauvres, réellement exclus financièrement de l'accès aux soins. Le caractère ponctuel pourrait induire une utilisation irrationnelle des services par les populations, qui souhaiteraient juste bénéficier des consultations et des médicaments gratuits ; cela semble être confirmé par les caractéristiques de la patientèle, constituée à 55 % de personnes âgées de plus de 40 ans. De plus, une telle campagne nécessite la mobilisation d'un nombre important de ressources humaines, et n'a été possible que grâce à la disponibilité des médecins volontaires, qu'il sera peut-être difficile de reproduire.

Toutefois, cette campagne a permis d'identifier et de soigner des problèmes de santé chez des patients. Ceci montre qu'il existait, au sein des populations, des besoins non couverts par les formations sanitaires. Au-delà d'autres facteurs qui influencent les itinéraires thérapeutiques [8, 9], la campagne a en effet agi sur le coût des soins (à travers la gratuité) et le niveau de compétence des professionnels (utilisation des médecins dans les centres de santé).

Tableau 1. Répartition des patients en fonction des tranches d'âge.*Table 1. Patient distribution by age group.*

Classe d'âge	0-5	5-15	15-40	40 ans et +	Total
Effectif valide	265	192	297	947	1 700
Pourcentage (%)	15,6	11,3	17,5	55,7	100

Tableau 2. Les 10 principales affections chez les enfants de 0 à 5 ans et dans la population générale.*Table 2. The 10 principal diseases among children aged 0 to 5 years and in the general population.*

Enfants de 0 à 5 ans			Population générale		
Affection	Nombre	%	Affection	Nombre	%
Parasitoses intestinales	72	27,2	Affections ostéoarticulaires	408	24,0
Paludisme	40	15,1	Paludisme	354	20,8
Malnutrition	29	10,9	Parasitoses intestinales	213	12,5
Maladies gastriques	27	10,0	Maladies gastriques	165	9,7
Dermatoses	26	9,8	Dermatoses	136	8,0
Anémie	22	8,3	Affections génito-urinaires	116	6,8
Affections respiratoires	17	6,4	Infections respiratoires	95	5,6
Affections ostéoarticulaires	16	6,0	Affections neurologiques	88	5,2
Affections neurologiques	15	5,7	Affections cardiovasculaires	53	3,1
Affections génito-urinaires	8	3,0	Maladies oculaires	12	0,7

La deuxième leçon est que la société civile pourrait effectivement participer au financement de la santé au Cameroun, et en Afrique subsaharienne en général. Il s'agissait, dans cette expérience, d'une mobilisation de fonds et de ressources humaines, et de l'organisation d'une offre de soins. Pour y parvenir, le rôle des managers des systèmes de santé est triple.

Premièrement, il s'agit de réglementer les interventions de la société civile, en créant un cadre de partenariat avec le Ministère de la santé. Aujourd'hui, la participation communautaire est mitigée et se fait à travers les comités de santé et de gestion, constitués à l'initiative uniquement des professionnels de santé, et dont l'organisation ne correspond à aucune entité sociale.

Deuxièmement, il faudrait mettre les intervenants de la société civile en mesure d'avoir une meilleure compréhension des enjeux et des mécanismes de financement de la santé, de participer à une meilleure organisation des populations autour de leurs services de santé et enfin de défendre les droits des communautés auprès des instances publiques.

Enfin, la nécessité d'élaborer des mécanismes de financement plus équitables s'impose avec acuité pour limiter les effets pervers des paiements directs [10, 11]. Des expériences de mutuelles de santé ou de financement basé sur la performance sont mises en œuvre dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne à travers des organisations à base communautaire [12]. Le défi qui s'impose aujourd'hui est le passage à l'échelle de ces expériences, comme au Rwanda [13], au Burundi ou au Ghana [14], pour accélérer la progression vers la couverture universelle maladie.

La société civile pourrait donc jouer un rôle fondamental à travers la collecte des fonds (publics et privés) pour préfinancer les soins, afin de baisser les copaiements au moment de l'utilisation des services et de rendre les soins plus abordables. D'autre part, elle pourrait identifier les plus pauvres à exempter des paiements directs.

Le deuxième axe d'intervention de la société civile serait de contribuer à une meilleure gestion des ressources financières. Au Cameroun, la corruption est un fléau social qui prive les services, y compris ceux de la santé, de ressources, en dépit de l'existence des comités de santé et de gestion dans les formations sanitaires [15, 16]. En étant plus dynamique, la société civile aurait une meilleure visibilité sur toutes les ressources financières et les besoins, et pourrait donc aider à une meilleure planification et une meilleure utilisation des fonds.

Conclusion

Dans un système de recouvrement des coûts, des besoins non couverts par les services de santé sont donc fréquents au sein des populations. La société civile pourrait jouer un rôle primordial dans le financement des systèmes de santé à travers la collecte et une meilleure utilisation des fonds. Une clarification et un renforcement de leur rôle dans le financement des systèmes de santé permettraient d'ajouter un troisième acteur au couple patient-prestataire, dans l'objectif de lever suffisamment de fonds et d'améliorer leur gestion pour financer de façon plus équitable les services et les soins de santé.

Conflits d'intérêt : Dongtsa Mabou J est membre du CPA qui a financé la gratuité des soins.

Keugoung B.^{1,2}, Fouelifack Ymele F.^{2,3}, Dongtsa Mabou J.⁴, Nangue C.^{2,5}, Ngouadjo Kougom P.⁶, Takoudjou L.⁷, Hercot D.⁸, Meli J.⁹

¹ Ministère de la santé publique, BP 31694, 31694 Yaoundé, Cameroun

² Groupe associatif pour la recherche, l'éducation et la santé, GARES-Falaise, Dschang, Cameroun

³ Maternité principale, hôpital central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

⁴ Service de laboratoire, hôpital central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

⁵ Service d'anatomopathologie, hôpital central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

⁶ Délégation régionale de la santé publique du Littoral, Douala, Cameroun

⁷ District de santé de Penka-Michel, Penka-Michel, Cameroun

⁸ Institut de médecine tropicale, département de santé publique, Anvers, Belgique

⁹ Université de Yaoundé I, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Yaoundé, Cameroun

Article accepté le 26/11/2012

Références

1. WHO. Every body's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. 2007. Geneva, WHO.
2. Wiserman V. Reflections on the impact of the Bamako Initiative and the role of user fees. *Trop Doct* 2005 ; 35 : 193-194.
3. Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. In: Beattie A, Doherty J, Gilson L, Lambo E, Shaw P. *Sustainable health care financing in Southern Africa. Papers from an EDI health policy seminar health in Johannesburg, South Africa, June 1996*. Washington: Economic Development Institute of the World Bank; 1996: 35-48.
4. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy Plan* 2011 ; 26 : 1-11.
5. WHO. *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access; progress report 2011*. 2011. Geneva, WHO.

6. WHO. *World health statistics 2012*. 2012. Geneva, WHO.

7. WHO. Global tuberculosis control: WHO report 2011. 2011. Geneva, WHO.

8. Samuelsen H. Therapeutic itineraries: the medical field in Burkina Faso. *Anthropol Med* 2004 ; 11 : 41.

9. Ngugi R. *Health seeking behaviour in the reform process for rural households: the case of Mwea division, Kirinyaga district, Kenya*. AERC Research Paper 95. 1999. Nairobi, African Economic Research Consortium.

10. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet* 2009 ; 373 : 2078.

11. Abdu Z, Mohammed Z, Bashier I, Eriksson B. The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: the case of malaria in Sudan. *Int J Health Plann Manage* 2004 ; 19 : S95-S106.

12. Falisse B, Meessen B, Ndayishimiye J, Bossuyt M. Community participation and voice mechanisms under performance-based financing schemes in Burundi. *Trop Med Int Health* 2012 ; 17 : 674-682.

13. Lu C, Chin B, Lewandowski JL, et al. Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years. *PLoS One* 2012 ; 7 : e39282.

14. Akazili J, Garshong B, Aikins M, Gyapong J, McIntyre D. Progressivity of health care financing and incidence of service benefits in Ghana. *Health Policy Plan* 2012 ; 27 Suppl 1 : i13-i22.

15. Medard JF. Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines. *Bulletin APAD* 2006 ; 21.

16. Israar SM, Ndiforchu V, Martiny P. Coping strategies of health personnel during economic crisis: A case study from Cameroon. *Trop Med Int Health* 2000 ; 5 : 288-292.