



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Plénière 3 : Analyse de la Rentabilité des Investissements Privés dans le Secteur de la Santé en Afrique**

---

#### **Objectif**

Cette session présentera la nouvelle stratégie de la Santé en Afrique (HiA) de l'IFC en matière d'investissement dans le secteur privé de la santé en Afrique et servira de forum pour débattre des opportunités pour une meilleure disposition du secteur privé de la santé dans la réalisation des objectifs généraux de la santé.

#### **Orateurs**

- Scott Featherston, Responsable d'Equipe pour la Santé en Afrique (HiA), IFC
- Alexander S. Preker, Directeur, Politique d'Investissement en Santé (CICIG), Groupe de la Banque Mondiale

#### **Panellistes**

- Max Lawson, Conseiller Politique Principal à Oxfam, Oxfam (London, UK)
- Onno Schellekens, Directeur Général, PharmAccess (Amsterdam, Netherlands)
- Anne Rooney, Vice Président, Commission Conjointe Internationale (JCI) (Chicago, IL)
- Stefan Nachuk, Directeur Associé, Fondation Rockefeller, (New York, NY)
- Gina Lagomarsino, Directeur Général, Résultats pour le Développement (Washington, DC)

#### **Contexte**

Comme le décrit un récent rapport sur *L'Entreprise en matière de Santé en Afrique*, publié par IFC ([www.ifc.org/healthinafrica](http://www.ifc.org/healthinafrica)), le secteur privé constitue déjà un contributeur significatif au système sanitaire – qui fournit souvent la seule option dans les zones rurales et les bidonvilles pauvres des zones urbaines. Les prestataires privés (à but lucratif et non lucratif) rendent service à tous les niveaux de revenu et ont une couverture géographique plus grande. Etant donné que les dépenses en matière de santé continueront d'augmenter rapidement, avec le secteur privé qui joue un rôle principal, le secteur privé doit travailler avec le secteur public pour mettre en place des systèmes de soins de santé viables, durables et équitables. Mais, il peut aider à améliorer l'accès aux services pour les plus pauvres et réduire le poids financier sur les gouvernements. Mais il existe aujourd'hui un certain nombre d'obstacles au secteur de la santé y compris l'accès limité aux capitaux, des réglementations encombrantes, la pénurie du personnel qualifié, et le manque de

mécanismes de mise en commun des risques qui puissent mobiliser les ressources pour les prestataires.

### **Exposés**

L'Entreprise en matière de Santé en Afrique, La Stratégie l'IFC en matière de Santé en Afrique

La stratégie de la Banque Mondiale en matière de Santé, de Nutrition et de Population met l'accent sur le travail avec les pays (gouvernements, le secteur privé et la société civile) et les partenaires internationaux pour réaliser les résultats sur le terrain y compris les Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) liés à la santé et renforcer les systèmes de santé, le financement du secteur de la santé et l'Economie de la Santé. Dans ce cadre stratégique, l'IFC avec l'assistance de la Fondation Bill & Melinda Gates et Mckinsey ont développé une initiative de Santé en Afrique (HiS) pour : (i) mettre en place son engagement et son soutien pour le secteur privé de la santé ; (ii) contribuer à la mise en oeuvre des stratégies HNP ; et (iii) compléter le travail d'autres parties du Groupe de la Banque Mondiale qui appuie les services de santé. Cet exposé débattera des résultats du rapport conjoint IFC-McKinsey et les détails de la stratégie IFC pour investir dans le secteur privé de la santé en Afrique.

Scott Featherston et Alexander S. Preker présenteront la principale stratégie IFC pour un meilleur engagement du secteur privé, suivi par un panel de discussion dirigé par Max, Lawson, Onno Schellekens, Anne Rooney, Stefan Nachuk, Lagomarsino sur les défis de l'engagement du secteur privé et l'importance de traiter les questions de qualité, d'équité, d'efficacité et d'abordabilité. La session fournira l'occasion pour débattre des opportunités et des risques liés à la nouvelle stratégie IFC et le travail d'autres organisations qui évoluent activement dans ce domaine : Oxfam, PharmAccess, la Commission Conjointe Internationale, la Fondation Rockefeller et Résultats pour le Développement.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant**

---

#### **PL 04/1**

#### **Le juste prix pour la santé !**

*Aida Zerbo, chirurgien dentiste, économiste de la santé (DESS en cours) - CESAG*

---

*« Il y a toutes les différences du monde entre traiter les gens de façon égale et tenter de les rendre égaux. Si le premier est la condition d'une société libre, le second n'est qu'une forme de servitude ». (Hayek)*

La santé n'a pas de prix a-t-on coutume de dire ! Mais elle génère des coûts à recouvrer ! Il n'en ait aucun doute. Ainsi, à l'origine si la médecine s'exerçait gratuitement, les états et organes responsables, se sont très vite retrouvés impuissants devant les montants énormes engloutis par la santé, menaçant de ce fait la survie des structures de santé. La solution semble toute tracée à travers l'idéologie et les principes promus par la déclaration d'Alma-Ata : priorité aux plus vulnérables, implication de la communauté.

L'Afrique est singulièrement concernée. Mais très vite, en face d'une croissance lente à venir, d'un pouvoir d'achat faible des populations, et ployant sous le poids des dépenses toujours énormes de fonctionnement, un développement vers une autosuffisance et une autodétermination des systèmes de santé s'imposait.

Solution : "La population doit payer" ont décidé les ministres africains avec la Déclaration d'intention "Initiative de Bamako", qui prône le recouvrement des coûts et la participation communautaire. Cette nouvelle direction impulsée par la pression des bailleurs ne serait-elle pas une invite de « privatisation de la santé en Afrique », écartant davantage l'espoir d'une éventuelle convergence vers une « couverture maladie universelle gratuite ».

#### **Tarifification des usagers : moyen ou finalité ?**

En se rappelant qu'outre les ménages, les bailleurs, l'Etat et parfois les entreprises constituent les principales sources de financement de la santé; que les ressources de l'Etat, pour près de la moitié, proviennent des taxes directes (impôts sur le revenu) et indirectes (TVA...) ; on est tenté de se demander si la "participation

communautaire", limitée à la notion économique, devient-elle pas plus une finalité qu'un moyen ? Puisque le financement de la santé désormais « privé »<sup>1</sup>, revient dans ce cas à faire payer directement ou indirectement les ménages soit par – cotisation – forfait – à l'acte et/ ou des médicaments. Seuls les deux derniers font l'objet de tarification des usagers.

D'emblée cette mesure se justifie par la raison d'être du recouvrement des coûts « **alternative de financement complémentaire** » qui améliorerait la volonté contributive des populations tout en générant des ressources constantes pour financer le fonctionnement des structures et activités de santé. Les services de santé ne seraient plus menacés de fermeture, la qualité des soins s'amélioreraient vu les ressources plus fiables et plus conséquentes, la couverture sanitaire étendue et la motivation des prestataires de soins dynamisée. Ce que le temps a prouvé<sup>2</sup>.

Ainsi, à un pauvre comme un riche se présentant à l'hôpital, il est demandé une contribution financière. Paient-ils : Egalitairement ? Selon les risques ? Selon le bénéfice ? Selon les capacités?

Si la justice sociale clame que le dernier serait le plus équitable, la réalité est tout autre. Déjà lors de la conférence internationale sur le financement communautaire (Sierra Leone, 1989) on s'inquiétait des conséquences de cette politique tarifaire sur les plus pauvres. En effet, le paiement direct, n'est pratiquement jamais calculé selon la capacité financière des populations. Il peut également être très différent d'un centre de santé à l'autre dans un même district sanitaire. Ainsi, pour une même capacité à payer, certains payeront plus que d'autres.

De nos jours il n'est pas étonnant de s'entendre dire : « *ici les gens n'ont pas de sous, ils préfèrent mourir avec leurs maladies !* ». La généralisation du recouvrement des coûts, imposée par les bailleurs de fonds dans les formations sanitaires publiques<sup>3</sup>, n'a-t-elle pas transformé celles-ci en centres de soins payants : **pas d'argent, pas de soins** ... au point parfois d'en vider les structures. Les tarifs de consultation, très élevés pour 59% des populations pauvres, constituent la première cause de non consultation(2).

Quelle ne fut ma surprise lors de la visite du cabinet dentaire d'un hospital régional au Burkina, de constater que, ce cabinet fortement équipé avec en prime 2 unités dentaires en réserve, reçoive entre 2 à 4 patients par semaine : que des urgences ! Pourquoi ? Les gens n'ont pas les moyens de payer la consultation (300FCFA). Qu'en est il de tous ces anonymes, agonisant chez eux ou ayant recours à des solutions peu orthodoxes pour soulager leur douleur, de ceux qui meurent aux portes de nos hôpitaux faute de moyens. «*Y a pas que les soins, y a aussi les médicaments !* »

---

<sup>1</sup> SAKHO, CISSE, CODIA : Etudes des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal, 1996 Massachusetts.

<sup>2</sup> SOURA : Impact sûr de la tarification et de la qualité des soins sur l'utilisation des services de l'hôpital de Boromo/ BURKINA FASO.

<sup>3</sup> SARDAN : politiques de santé à l'abandon, 2004.

Malgré l'IB, 65,5% des pauvres ont des difficultés à honorer leurs ordonnances<sup>4</sup>. En somme, l'utilisation des services (et soins préventifs)<sup>5</sup> et l'équité d'accès aux soins sont négativement affectées.

### **Applicabilité judiciaire en Afrique**

Quand on sait que malgré la croissance de la population active (509 millions, Afrique, 2005), ils sont 57,7% en Afrique sub-saharienne à vivre avec moins d'un dollar par jour et 87,1%, avec moins de deux dollars<sup>6</sup>. On imagine aisément que l'absence de prise en charge des indigents accroisse la barrière financière pour les couches vulnérables, pour qui, se soigner revient à s'appauvrir d'où une médecine qualifiée d'« *iatrogenic poverty* ». De plus, l'évolution sociale, à prôner une justice plus proche de l'égalité que de l'équité, et à réduire les comportements de solidarité, agrandi le gouffre dans lequel se trouvent les indigents les précipitant dans une « *medical poverty trap* ».

Par ailleurs, les dépenses de santé en Afrique sont largement soutenues par l'extérieur. De ce fait, les pays se contentent généralement de suivre les changements successifs d'orientation dictés par les institutions internationales avec les réorganisations des flux financiers qui les accompagnent : soins de santé primaires - recouvrement des coûts - réorganisation de la pyramide sanitaire - réformes hospitalières aujourd'hui, sans compter les multiples opérations verticales impulsées régulièrement autour de pathologies « à la mode » (Sida, Paludisme...). De plus l'IB donnait l'illusion qu'à la fin du soutien des bailleurs de fonds les Centres de Santé, gérés par les populations — voire les gouvernements africains — deviendraient financièrement autonomes. En outre les budgets santé relativement faibles, représentent moins de 10% des budgets nationaux (3,1% Cameroun 1999 ; 5,32% Côte d'Ivoire 1999 ; 6,5% Sénégal 2007)<sup>7</sup>. S'y associe la forte part du paiement direct dans le financement privé (97,90% Burkina Faso ; 68,20 Gambie, 94,50 Sénégal en 2004)<sup>8</sup>. Considérant, la priorité actuelle des gouvernements à résoudre le problème de « vie chère », on est porté à penser que le chapitre sur la tarification des usagers tardera à venir.

« Tout service » à un prix ! Cependant l'application de tarifs très bas favoriserait une consommation irrationnelle des services et une mauvaise utilisation du système de soin dans son ensemble (1). Vu les risques élevés de résultats complètement opposés d'une éventuelle « gratuité », et ceux déjà encourageant bien que très sensible, il convient de trouver la formule la plus adaptée au contexte et réalités Africaines. En effet, l'Afrique a cet avantage d'avoir importé l'expérience des autres systèmes traditionnels même s'ils subissent encore des réformes. Le financement « pur » privé de la santé à largement montré ses limites justifiant la création d'un financement-santé parallèle aux USA pour les vieux et les indigents. Cependant, le financement indirect -pré-participation - obligatoire (Angleterre) ou volontaire -

---

<sup>4</sup> INSD, 1997

<sup>5</sup> HADDAD, FOURNIER, 1995

<sup>6</sup> BIT, 2006

<sup>7</sup> OMS

<sup>8</sup> LAFARGE, 2008

cotisations- (France, Allemagne) semblent les plus fiables, justifiant que l'Europe, qui dans les années 80 avait mis l'accent sur la limitation des budgets et le paiement direct, penche depuis une décennie sur des actions plus fines de gestion interne du système.

Certes, le poids de la pauvreté, la dépendance extérieure financière et politique, la forte disparité inter-pays sinon inter-régions, la prédominance de l'informel n'augurent pas d'un avenir certain du paiement direct de la santé. Néanmoins, les valeurs africaines étant ce que nos mamans font chaque fois quand le malheur ou le bonheur frappe chez des proches : conseils de famille, contribution, tontines, etc., les populations Africaines ont démontré qu'elles sont prêtes à supporter la santé. En témoigne l'adhésion croissante à la micro-assurance santé ou mutuelle.

De plus de nombreuses perspectives d'autofinancement telles - préfinancement - taxes sur revenus – taxes spécifiques (TVA) – formalisation intégrée de la médecine traditionnelle – s'offrent. Mais importer ou appliquer des expériences comme des mesures globales sans adaptation prudente... préalable relève du « suicide ». Chacun pourrait participer selon ses capacités. Cette recherche-action nécessite de mettre à contribution des outils de prévision, l'établissement d'une base de données fiables pour une analyse plus spécifique et la mise en oeuvre de « réformes sur mesure », indéniable résultat de l'effort conjoint et multidisciplinaire des responsables Africains qualifiés et conscients et leur tâche, de leur devoir.

La situation des indigents ne présente à priori pas toutes les caractéristiques d'un problème public. Néanmoins, paraît urgent, pour des raisons scientifiques et de solidarité, de <work out> la formule idéalement adaptée pour endiguer cette exclusion. La Lybie comme la Gambie, où dénote une forte volonté politique ne démentiront pas. Seulement, les bonnes intentions, mal orientées, évoluent dans le mauvais sens, éventuellement, "something happen on the way to heaven..."



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant**

---

#### **PL 04/2**

#### **Étude socio-économique sur les coûts et sur l'accessibilité financière des populations aux soins de santé à l'Est du Tchad<sup>1</sup>**

Morbé Mbainadjina Ngartelbaye<sup>1</sup>, Dr Itama Mayikuli Christian<sup>2</sup>, M. Naïbei Mbaïbardoum Nathan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Économiste de la santé, OMS/Tchad

<sup>2</sup> Médecin de santé publique, Sous-Bureau MS/Abéché-Tchad

<sup>3</sup> Informaticien, consultant

---

#### **Introduction :**

La guerre civile dans le Darfour a poussé plus de 200 000 Soudanais à se réfugier à l'Est du Tchad où ils bénéficient de l'appui des agences et ONGs humanitaires pour leur protection et leur santé, entre autres.

Au plan de santé, cette présence des réfugiés a entraîné une perturbation du système de recouvrement des coûts de soins par la gratuité des soins offerts, mais aussi a permis de renforcer le système de santé dans les structures de soins proches des camps de réfugiés qui sont appuyées.

Dans la perspective de retrait à court et moyen terme des agences et ONGs humanitaires, quel serait le meilleur système de tarification de soins de santé qui devrait être mis en place et qui tient compte de la capacité à payer réellement de la population. C'est donc pour répondre à cette question que se justifie cette étude.

#### **Méthodologie :**

Cette étude est basée sur une enquête sur un échantillon total de 375 sujets répartis comme suit : 150 chefs de ménage des centres urbains d'Iriba, de Goz-Beida et de Biltine (ces centres urbains sont aussi les chefs lieu de district sanitaire disposant des hôpitaux de district), 120 patients ou gardes malades des hôpitaux de district dans

---

<sup>1</sup> Cette étude a été réalisée en 2006 avec l'appui financier de ECHO, une agence humanitaire de l'Union Européenne.

ces mêmes villes et 105 patients ou accompagnateurs des centres de santé urbains également dans ces villes.

Tandis que les ménages ont été tirés de façon aléatoire, les autres échantillons ont été tirés selon un tirage raisonné. Un autre questionnaire a été conçu, complété par des rapports, pour l'analyse de la gestion de trois hôpitaux de district. Les données ont été saisies sur Epi-Info avant d'être transférées sur SPSS pour analyse et interprétation.

### **Résultats :**

Au niveau méthodologique, l'échantillonnage total a été légèrement modifié, passant ainsi de 375 sujets à 348 et répartis comme suit : ménages, maintenu à 150, malades et/ou gardes malades dans les hôpitaux de district, 91 au lieu de 120, malades et/ou accompagnateurs, 107 au lieu de 105.

En ce qui concerne les ménages, 61% d'entre eux font recours aux structures de soins lorsqu'ils sont malades, 20% vont chez les marabouts/tradipraticiens et 19% font de l'automédication. Il y a une majorité écrasante avec près de 100% des ménages qui déclarent être capables de payer les soins pour les montants ne dépassant pas 5000 FCF. Une nouvelle tarification devra en tenir compte. Parmi ces ménages, 85% ont une opinion favorable pour adhérer à une mutuelle de santé et près de 100% ont l'intention de cotiser entre 100 FCFA et 495 FCFA par mois, pour la faire fonctionner. Au delà de cet intervalle, le nombre de ces adhérents potentiels baisse progressivement. C'est dire que la mise en place d'une mutuelle de santé dans la région ne devrait pas ignorer ces informations. L'analyse par fréquence de revenu montre que la moitié des adhérents potentiels ont un revenu occasionnel.

S'agissant des hôpitaux de district de Biltine et de Goz-Beida où les soins ne sont pas gratuits comme à Iriba, les coûts d'hospitalisation oscillent entre 5000 FCFA et 20 000 FCFA pour la majorité, mais les soins sont plus chers à Biltine. Plus de 41% des enquêtés déclarent que les coûts des hospitalisations sont à leur portée contre 32%, mais sur l'intervalle 500 à 5000 FCFA, 90% trouvent les coûts supportables.

Dans les centres de santé, les coûts de soins varient dans l'intervalle 200-3000 FCFA pour plus de 97% des enquêtés à Goz-Beida contre 60% à Biltine. Par rapport aux avis, il y a une forte concentration (environ 70%) qui déclarent que les coûts dans l'intervalle 200-2000 FCFA sont à leur portée. Quant à l'analyse de la gestion des hôpitaux, celle-ci a révélé que la gratuité offre une meilleure accessibilité, certes, mais elle augmente des consultations non pertinentes, donne lieu à des dépenses supplémentaires en médicaments, augmente la charge de travail, étouffe le rôle des comités de gestion et crée une forte dépendance du staff dirigeant vis à vis des partenaires humanitaires de fonds. Les centres de santé proches des structures de soins où les soins sont gratuits subissent un dysfonctionnement en termes de diminution des consultations, suivie d'une baisse de recettes entraînant des problèmes de renouvellement de médicaments et des difficultés de couvrir des frais récurrents. Le recouvrement des coûts de soins améliore les soins secondaires (paquet complémentaire) à Goz-Beida, tandis qu'à Biltine ce n'est pas le cas. Il est



aussi apparu que le paiement des soins dans les HD est un réel obstacle à l'accessibilité aux soins, notamment à Biltine. Même si l'HD de Goz-Beida a un certain succès, les analyses ont montré que ce succès est lié à la présence d'un tiers payant pour les réfugiés hospitalisés qui représentent la moitié de la clientèle. Enfin, l'analyse a montré que le paiement des primes proportionnelles dans les HD crée en général une exagération de la demande de soins chez la clientèle et ceci influence négativement sur la qualité des hospitalisations.

#### **Conclusion et recommandations :**

Lorsque la population a un accès facile (gratuité) aux soins, le recours à d'autres types de soins perd de son importance, mais lorsque cette gratuité n'est pas suivie des mesures d'accompagnement, elle a plutôt des effets pervers sur le fonctionnement de la structure et sur l'ensemble des indicateurs. Une écrasante majorité de la population (presque 100%) est disposée à payer les soins dont les coûts ne dépassent pas 5000 FCFA et 85,3% des ménages enquêtés ont une opinion favorable pour adhérer à une mutuelle de santé comme alternative pour augmenter l'accès aux soins et près de 100% d'entre eux ont l'intention de cotiser pour des montants ne dépassant pas 500 FCFA par mois, pour son fonctionnement. Dans les HD, 95% des enquêtés trouvent supportables les coûts d'hospitalisation lorsqu'ils ne dépassent pas 5000 FCFA. L'étude recommande que la gratuité des soins que pourrait offrir un partenaire soit toujours suivie des mesures d'accompagnement nécessaires. Ailleurs où c'est payant, la tarification doit tenir compte de la capacité réelle à payer de la population. Avec une très forte pourcentage d'opinion favorable pour adhérer à une mutuelle de santé, il apparaît opportun pour le Gouvernement d'élaborer une politique de développement des micro-assurances santé et trouver un partenaire pour l'accompagner dans sa mise en oeuvre.

#### **Limites de l'étude :**

Quelques éléments de limite ont été enregistrés, notamment l'échantillon à l'hôpital de district de Biltine qui a été réduit de 60% par rapport à la planification initiale, les difficultés d'avoir des données financières et l'absence de test de sensibilité par rapport à la compréhension du concept de mutualité dans la santé auprès des enquêtés.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant**

---

#### **PL 04/3**

#### **Système du Tiers Payant en Afrique : de la théorie à l'évidence, étape suivante**

*Araoyinbo, Idowu D.<sup>1</sup>, Ataguba, John E.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Medical Research Council (MRC) Cape Town South Africa

<sup>2</sup> Health Economics Unit, University of Cape Town (UCT)

---

Le système du tiers payant est défini comme des montants prélevés sur les consommateurs des biens ou services du gouvernement en relation avec leur consommation. Ils sont également des sommes d'argent prélevés sur les individus pour l'utilisation des biens et services pour lesquels ils reçoivent des “avantages spéciaux” (Duff, 2004). Les arguments en faveur du système du tiers payant sont entre autres : (i) augmentation de l'efficacité économiques par lequel des ressources rares sont allouées à leur utilisation les plus valables dans le secteur public et entre les secteurs publics et privés ; (ii) les prélèvements déduits permettent d'améliorer la transparence du secteur public, ce qui lui permet de réagir à différentes préférences et changement dans la demande pour des biens et services fournis au public ; (iii) le recouvrement des frais et l'augmentation de l'équité ; et (iv) l'idée de la taxation proportionnelle aux avantages de contrepartie est appliquée sur la base de la “l'impartialité” car chaque client paie uniquement pour les biens et services qu'ils ont utilisé.

Pour les détracteurs du système du tiers payant, il pourrait constituer un fardeau plus lourd sur les pauvres qui auront probablement à supporter des fardeaux plus lourds de maladie (Nyanator and Kutzin, 1999; Gilson, 1997) alors que dans ce cas, la fourniture des soins de santé publiques sur la base de ces frais est une contradiction de l'objectif premier pour lequel la fourniture public des soins de santé est réalisée et la flexibilité budgétaire sera limitée là où les revenus sont affectés pour les dépenses des services de santé fournis au public, budgets desquels les revenus sont retirés. Ceci a conduit à une réduction soutenue de l'utilisation des services (Nyanator and Kutzin, 1999). Les comportement des individus vis-à-vis des frais peuvent négativement affecter les revenus du gouvernement et leur viabilité politique.

Sur la base de la théorie économique et de l'efficacité, l'imposition du tiers payant dans les centres de santé publics est justifiée seulement lorsque la valeur du service fourni au public qui est financé par le tiers payant excède la valeur des services de soin de santé que le client pourra autrement obtenir dans le secteur privé. Ceci implique seulement que le tiers payant n'est approprié que lorsque la valeur marginale d'un dollar supplémentaire du tiers payant sur les services de santé dans le secteur public excède la valeur marginale d'un dollar supplémentaire dans le secteur privé (Duff, 2004). Les preuves ont montré que l'augmentation du tiers payant agit comme un signal pour les prestataires du secteur privé pour augmenter leurs frais (Jacobs et Price, 2004).

Au début des années 80, des études ont montré que les prix peuvent ne pas être des éléments déterminants de la demande des soins de santé, ou pire, un impact positif sur la demande (Akin *et al.*, 1984). D'autres études ont démontré que les études préalables sont dépourvus de données de qualité et que les prix ont un impact significatif sur la demande pour les soins de santé, principalement dans les pays en développement (Gertler and van der Gaag, 1988; Mwabu, 1986) et sur les pauvres. Des études menées en Afrique ont démontré que le tiers payant n'est pas viable en prenant plus de 15 pays Africains pendant une durée de temps (Vogel, 1991). Ceci est dû au fait que les pauvres sont d'habitude très sensibles aux petits changements dans les prix mêmes pour des biens qui sont des nécessités tels que les soins de santé. Avec la relation forte qui existe entre la santé et la pauvreté, il n'y a aucun doute que le système de tiers payant pourra probablement inciter le phénomène de piège de pauvreté médicale. Ceci parce que les pauvres qui ne peuvent pas se payer les services de soins de santé privés à cause des coûts élevés ne peuvent pas non plus se permettre d'utiliser les structures publiques. Ceci conduit à une morbidité non traitée, un accès réduit aux soins de santé, un appauvrissement à long terme, une utilisation irrationnelle des médicaments (Whitehead *et al.*, 2003). Des preuves ont également démontré l'augmentation des inégalités liées au système de tiers payant (Nyanator and Kutzin, 1999).

Des expériences menées dans certains pays Africains tels que l'Ouganda où le système du tiers payant a été supprimé de façon soudaine en 2001, l'Afrique du Sud en 1994 pendant la période de transition vers la démocratie a conduit d'autres pays tels que le Rwanda, la Zambie, le Burundi, la République Démocratique du Congo et le Niger à mettre en œuvre des réformes similaires par le biais des structures ou de services sélectionnés. Ceci a été instructif dans l'augmentation du taux d'utilisation de services de santé public (Yates, 2007) et les femmes peuvent également bénéficier de la réduction du tiers payant (Lawson, 2004). Dans d'autres pays, tels que le Ghana, il est difficile de faire un suivi des impacts de ces frais sur la population car les responsables des structures reproduisent et établissent leur propre système de fixation des prix et de collecte des frais (Nyanator and Kutzin, 1999).

La suppression du système du tiers payant dans certains pays Africains a été principalement basée sur des motivations politiques pour maximiser les voix

conformément à la présentation de William Nordhas<sup>1</sup>. Même au cours de ces instances, le taux d'utilisation a augmenté. Il est fort probable que les pauvres fassent preuve d'un ressentiment "interne", mais à cause de leur faible représentation, il est souvent difficile que leur opinions soient prises en compte en Afrique. Un cas d'efficacité pourra être soulevé si les revenus des tiers payant sont canalisés vers la fourniture des soins de santé de bonne qualité, l'augmentation de la disponibilité des médicaments, et la promptitude des services qui doivent réduire les effets néfastes créés par le manque d'accès aux soins de qualité (Nyanator and Kutzin, 1999). Cependant, il est souvent le cas que ces revenus ne soient bien justifiés. Dès fois, certaines conditions et mesures politiques doivent être mises en place pour la mise en oeuvre du système du tiers payant pour avoir des effets non désirables minimum (Gilson, 1997) mais ceci pourra en lui-même renforcer les effets néfastes du système du tiers payant dont souffrent les pauvres. Pendant que certaines des politiques sont bonnes, elles sont souvent ouvertes aux abus qui les rend inefficaces dans la réalisation des objectifs dans les structures Africaines. En dehors de l'Afrique, l'expérimentation du système du tiers payant a été également une expérience sans succès.

En Afrique principalement, le noeud du problème est le financement des soins de santé pour les pauvres et les populations rurales. Alors que les pauvres très sensibles aux prix facturés, cela ne veut pas dire que l'utilisation des services de soins de santé soient "gratuits". En terme purement économique, dans le cadre de la concurrence, chaque agent économique doit supporter les coûts différentiels de ses actions. Le cas des soins de santé est spécial étant donné que les soins de santé constituent un droit, un besoin et possède des coûts sociaux. Les personnes pauvres ne peuvent pas supporter leurs coûts privés et les coûts sociaux. A cet effet, l'utilisation de l'assurance maladie communautaire ou les régimes de remboursement ont été connus comme étant viables même sur la base des expériences faites dans des régions de l'Afrique et sont avantageux et viables lorsqu'ils sont intégrés dans des perspectives plus grandes de régimes d'assurance maladie nationale ou des institutions de microfinance.

L'idée d'une couverture universelle est susceptible d'augmenter l'accès des pauvres aux soins de santé, principalement lorsque le système d'interfinancement est possible. Ceci parce que le système du tiers payant a créé des questions d'équité et d'efficacité et nous avons besoin de perspective d'avenir. Tout en arguant qu'il y a une solution passe partout pour la plupart des problèmes de la société, il est probable d'avoir des solutions qui augmentent l'achat d'office auprès de la plupart des acteurs. Nous avons par conséquent besoin des méthodes autochtones et innovantes de financement des soins de santé qui puissent imposer le financement des soins de santé conformément à la capacité de payer, mais au même moment distribuer les avantages sociaux et renforcer l'accès au soins selon les "besoins" de soins. Ceci impliquerait une forme de négociation privée "interne" telle que celle réalisée dans le cadre du Coase Theorem pour la demande en soins de santé ne

---

<sup>1</sup> This is based on the theory of political business cycle.

dépendent pas de la distribution des revenus<sup>2</sup>. Ceci est plus lié à la solidarité sociétale qui probablement peut produire des résultats valables dans les structures Africaines.

**Conflit d'Intérêt (COI)** Le Professeur Diane McIntyre a été enseignant des auteurs et également un collègue de l'un des auteurs.

## Références

- AKIN, J., GRIFFIN, S. C., GUILKEY, D. K. & POPKIN, B. M. (1984) *The Demand for Primary Health Care in Developing Countries*, Totowa, NJ, Littlefield, Adams.
- DUFF, D. G. (2004) Benefit Taxes and User Fees in Theory and Practice. *The University of Toronto Law Journal*, 54, 391-447.
- GERTLER, P. & VAN DER GAAG, J. (1988) *Measuring the willingness to pay for social services in developing countries*, World Bank, Washington, DC, USA.
- GILSON, L. (1997) The Lessons of User Fee Experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12, 273-285.
- JACOBS, B. & PRICE, N. (2004) The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19, 310-321.
- LAWSON, D. (2004) Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda - Is it Just Income and User Fees that are important? , An unpublished manuscript, University of Manchester, UK.
- MWABU, G. (1986) Health Care Decisions at the Household Level: Results of a Rural Health Survey in Kenya. *Social Science and Medicine*, 22, 315-319.
- NYANATOR, F. & KUTZIN, J. (1999) Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14, 329-341. VOGEL, R. J. (1991) Cost Recovery in the Health-Care Sector in Sub-Saharan Africa. *International Journal of Health Planning and Management* 6, 167-191.
- WHITEHEAD, M., DAHIGREN, G. & EVANS, T. (2003) Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358 833-836.
- YATES, R. (2007) The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries. UK Department for International Development - Human Development (Abstract).

---

<sup>2</sup> This simply imply that we assume that consumers' preferences are quasi linear.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

### **Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant**

**PL 04/4**

#### **Système du Tiers Payant pour les Services de Santé en Afrique**

*Anne Kangethe Pharm. D, International Graduate Student, University of Georgia, Athens, Georgia*

---

Le concept du tiers payant continue d'être "d'actualité" dans les forums et débats de financement de la santé en Afrique. Récemment, certains pays Africains tels que l'Ouganda ont supprimé le paiement des frais. D'autres ont modifié leurs politiques. Par exemple, la Zambie a supprimé les frais seulement dans les structures sanitaires rurales, au Burundi, les frais ont été supprimé pour les services de soins maternels et infantiles alors qu'en République Démocratique du Congo, le Rwanda et le Niger, les frais ont été supprimés dans des structures sélectionnées (Yates 2007).

La controverse a commencé en 1987, lorsque la Banque Mondiale a recommandé que le principe de recouvrement des coûts soit incorporé dans le programme de financement des services de santé publiques dans les pays en développement (Shaw and Griffin 1995). Les détracteurs du système de tiers payant ont soutenu l'idée selon laquelle les services de santé n'ont pas été utilisés principalement les communautés vulnérables telles que les femmes et les enfants dans les sociétés pauvres. En outre, les paiements directs constituent une forme de régression de financement des soins de santé car ils prennent une grande proportion des revenus des ménages les plus pauvres contrairement aux ménages les plus riches (Gilson and McIntyre 2005). L'élimination des frais de partage de coûts a coïncidé avec l'augmentation des soins de santé fournis par le Gouvernement aux femmes en Ouganda (Lawson 2004).

Il existe peu d'exemples disponibles venant des défenseurs de la politique du tiers payant. Peut être ceci est due au fait que par le passé, trop d'accent a été mis sur la mobilisation des revenus et peu d'accent sur comment le partage des coûts qui constitue le tiers payant peut contribuer à l'efficacité, à l'équité et la pérennisation des systèmes nationaux de santé (Shaw and Griffin 1995). L'objectif de cet exposé est de présenter un cas pour l'utilisation continue du tiers payant pour les services de santé en Afrique.

Au Kenya, le partage des coûts a été introduit en Décembre 1989 (Ngugi 2000). Sur la base des expériences de la Kenyatta National Hospital (KNH) un centre hospitalier universitaire à Nairobi, Kenya, le partage des coûts a permis d'avoir une source complémentaire de fonds. Les revenus ont augmenté de 1% des bénéfices récurrents

de KNH en 1986/87 10% en 1993/94 (Collins, Njeru et al. 1999). Lorsque le financement augmente à partir du tiers payant, l'assistance financière qui a été initialement prévu par le Ministère de la Santé pour être alloué à l'hôpital, peut être maintenant re-affecté à d'autres structures de soins de santé primaire au niveau local et préfectoral. Ceci sera conforme avec le souci permanent des gouvernements et des bailleurs de fonds en Afrique à réaffecter les fonds du niveau tertiaire ou niveau primaire des soins de santé (Shaw and Griffin 1995).

Des études préalables ont proposé que les bailleurs de fonds doivent être utilisés pour soutenir la suppression du système du tiers payant (Gilson and McIntyre 2005). De façon générale, la plupart des bailleurs de fonds soutiennent les budgets des capitaux ou de développement au lieu de financer les dépenses de fonctionnement ordinaire telles que les salaires, les médicaments, les équipements et la maintenance (Shaw and Griffin 1995) que le système du tiers payant fournit. En outre, les bailleurs de fonds seront mieux utilisés pour des cas d'urgence ou de catastrophe tel que la violence intervenue récemment au cours des élections au Kenya en Décembre 2007. La violence a eu comme conséquence le déplacement des personnes à l'intérieur du pays qui ne peuvent pas fournir le tiers payant pour leurs soins, et dans ce cas c'est l'utilisation du financement des bailleurs qui est le plus appropriée.

Pendant que le système du tiers payant a été taxé comme étant inapproprié à cause de l'exclusion des communautés les plus pauvres, ils ont également permis de réduire le phénomène de risqué moral dans les hôpitaux. Avant la mise en œuvre du système du partage des coûts au KNH, il n'était pas fréquent de voir des malades potentiels se présenter pour les soins parce que le traitement était "gratuit". Bien que les statistiques ne soient pas disponibles, l'on peu supposer que la l'utilisation des soins de santé a augmenté parce qu'il a été subventionné (Feldstein 1998). Ceci a aboutit à une utilisation non appropriée des médicaments prescrits et à conduit à une augmentation des coûts de prescription et dans les cas des antibiotique, à une résistance des médicaments. Au même moment, ces "malades" qui n'ont pas réellement besoin d'une attention médicale demanderaient des absences autorisées du travail parce qu'ils peuvent avoir des papiers pour prouver qu'ils ont été traités et ont reçu des médicaments. Ceci pourra tôt ou tard aboutir à une fréquentation excessive des structures, une réduction de la qualité des soins et un escalade des coûts des soins pour la société. Les coûts pour la société seront également calculés en relation avec l'absentéisme au travail.

Le tiers payant inclut dans le partage des coûts créé l'attente de meilleurs services (Ngugi 2000). Dans une étude récente menée en Ouganda où d'autres déterminants du comportement de ceux qui sont à la recherche des soins ont été analyses, le niveau élevé d'éducation a été associé à l'abandon de façon significative des soins de santé fournis par le gouvernement, ce qui indique que les soins de santé offert par le gouvernement sont de qualité inférieure (Lawson 2004). L'étude a été menée après le récent changement de politique où le tiers payant a été supprimé. En outre, la baisse de la morale du personnel de la santé dont les salaires sont réduits suite à la suppression du système du tiers payant pourra offrir des soins de qualité médiocre à cause de la charge du travail due au taux d'augmentation d'utilisation du système..

Pour prévenir ces impacts négatifs liés à la suppression du tiers payant, il existe des options de fourniture des soins de santé aux pauvres tout en maintenant des sources de revenus pour les hôpitaux. A KNH, les malades qui ne peuvent pas payer le tiers payant sont envoyés aux travailleurs sociaux pour les aider dans la fourniture des soins. Ceci permet de s'assurer qu'aucun malade dans le besoin ne soit renvoyé et en même temps que les ressources ne soient gaspillées.

Une autre idée qui a été mise en œuvre par les systèmes sanitaires en Inde est la mise en place d'une assurance communautaire abordable. Dans la région de Karnataka, le régime d'assurance de Yeshasvini offre une assurance aux coopératives de production de lait, aux enseignants et à l'avenir aux familles qui vivent dans un endroit commun. Ce régime d'assurance aiderait à compenser le système du tiers payant et d'autres dépenses médicales et au même moment assurer la durabilité financière des systèmes sanitaires.

Bien que n'ayant pas pour objectif de servir de moyen de dissuasion à ceux qui ont besoin de soins de santé, le système du tiers payant a été critiqué comme étant une barrière aux soins de santé, cependant quelques études ont été conduites pour évaluer ces effets sur l'efficacité, l'égalité et la pérennité des systèmes de soins de santé. Alors que le système du tiers payant pourra créer des problèmes aux pauvres, il existe des solutions pour assurer la fourniture des soins aux malades qui se trouvent dans le besoin. Des solutions telles que l'utilisation des travailleurs sociaux et la mise en œuvre des projets d'assurance communautaire pourront offrir des moyens durables pour satisfaire aux besoins en soins de santé des communautés africaines.

#### **Références:**

- Collins, D., G. Njeru, et al. (1999). "Hospital autonomy: the experience of Kenyatta National Hospital." *Int J Health Plann Manage* 14(2): 129-53.
- Feldstein, P. J. (1998). *Health care economics*. Albany, NY, Delmar Publishers.
- Gilson, L. and D. McIntyre (2005). "Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action." *BMJ* 331(7519): 762-5.
- Lawson, D. (2004). "Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda – Is it Just Income and User Fees That Are Important?" Retrieved 4/28, 2008, from <http://unpan3.un.org:8080/query.html?qt=mwea&charset=iso-8859-1>.
- Ngugi, R. (2000). "Health Seeking Behaviour in the Reform Process for Rural Households : The Case of MWEA Division, Kirinyaga District, Kenya." Retrieved 04/28, 2008, from <http://unpan3.un.org:8080/query.html?qt=mwea&charset=iso-8859-1>.
- Shaw, R. P. and C. C. Griffin. (1995). "Cost Sharing: Towards Sustainable Health Care in Sub-Saharan Africa" Retrieved 04/28, 2008, from <http://www.worldbank.org/afr/findings/english/find63.htm>
- Yates, R. (2007). "The Impact of Abolishing User Fees in Africa - Recent Developments in Six African Countries " Retrieved 4/28, 2008, from [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=993482#PaperDownload](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=993482#PaperDownload).





## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

### **Plénière 4 : Présentations de la compétition sur le système du tiers payant**

#### **PL 04/5**

#### **Lorsque le système du Tiers Payant est une nécessité de la vie : Quel rôle pour la politique en Ouganda ?**

*Birungi Charles, Student, Faculty of Health Sciences, Uganda Martyrs University, Nkozi*

#### **Introduction**

Un soir à la fin du mois de Décembre 2007, j'ai eu une discussion intéressante avec mon ami, Alex. Il a insisté sur le fait que le système du tiers payant est un “mal nécessaire” et a donné plusieurs preuves tirés de l'expérience Ougandaise pour justifier sa position. Concernant ce raisonnement je n'ai aucune objection, ayant entendu ces preuves de la bouche des voix les plus autorisées qui ont soigneusement documenté les effets de cette réforme qui a échoué. Ensuite, la discussion a continué avec le “dilemme” que connaît le secteur de la santé en Ouganda, et les arguments de la stabilité macroéconomique – un moyen de gestion économique qui a amené tout le pays à croire qu'il n'existe qu'une seule voie de gestion de l'économie nationale.

Au moment où j'écris ce petit exposé, que je préfère appelé mon “point de vue”, cette discussion mémorable m'est revenue à l'esprit. Etant donné que j'ai grandi dans un village rural au centre ouest de l'Ouganda, mes mémoires d'enfance des années 80 sont pleines de principaux acteurs sur la scène de la prestation des soins de santé en Ouganda : les structures étatiques de soins de santé et les structures religieuses de soins de santé. La plupart de la documentation sur le système du tiers payant se concentre sur ses impacts sur les services de soins de santé fournis (et financés) par le gouvernement. Cependant, je sais qu'il existe plusieurs acteurs dans le secteur des soins de santé en Ouganda. Ceci est mon point de départ dans le présent exposé où j'étudie le rôle que la politique peut (et doit jouer) pour le sous secteur privé à but non lucratif (PNFP) – une caractéristique principale du système de prestation des soins de santé Ougandais, pour lequel le tiers payant est une nécessité pour la vie.

#### **Qu'est ce que le PNFP (Système de soin de santé privé à but non lucratif) ?**

Le terme “PNFP” est utilisé pour décrire les structures jusque là appelées vaguement “mission” ou structure “volontaire” de soins de santé. En un mot, c'est un groupe de vastes réseaux constitués de points de prestation de service disséminés dans tout le

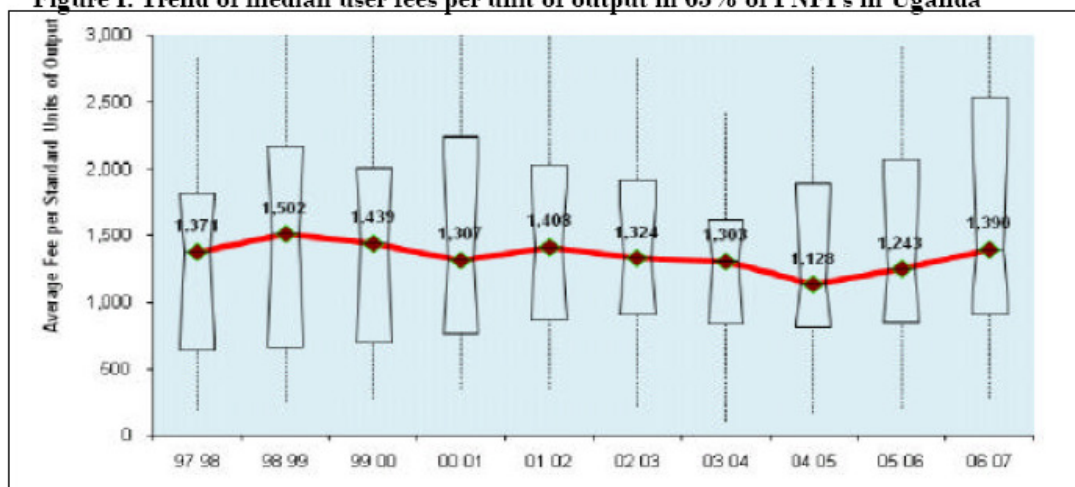
pays qui ont commencé à travailler vers la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et ont continué à se développer au cours de la première moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, bien avant la création du système de santé. Ils sont les deux fondés sur des bases de structure et de non structure. Les premiers sont destinés à la grande majorité qui appartiennent aux dénominations religieuses, coordonnées par trois bureaux médicaux (Uganda Catholic Medical Bureau, Uganda Protestant Medical Bureau and Uganda Muslim Medical Bureau). En terme de taille, ils détiennent 42,3% des hôpitaux, 22% des structures sanitaires de niveau inférieur et 70,7% des institutions sanitaires en Ouganda, avec 85% de ces institutions installées ans les zones rurales où vit la majorité des pauvres. En 2006/7 seulement, ce sous secteur a traité 17% des patients externes, fait 35% de accouchements et donné 35% des doses DPT3 de toutes les productions de secteur de santé au niveau national.

### Système du tiers payant : une nécessité de la vie pour les PNFP en Ouganda

Sur la base de ce qui précède, il est clair que la mise en place de ces structures implique des investissements considérables de capitaux et d'effort. Je sais également que les fondateurs de ces structures ont l'intention de poursuivre un objectif spécifique et être en mesure de pérenniser leurs activités au delà des acteurs qui l'ont commencé. Ceci en soi signifie que les PNFP doivent fonctionner conformément aux objectifs originaux (c'est à dire, traiter des patients, promouvoir la santé, former les gens, etc., évoluer selon des objectifs sociaux) et, entretenir les biens, de peur que l'organisation ne commence à se détériorer et à mourir éventuellement.

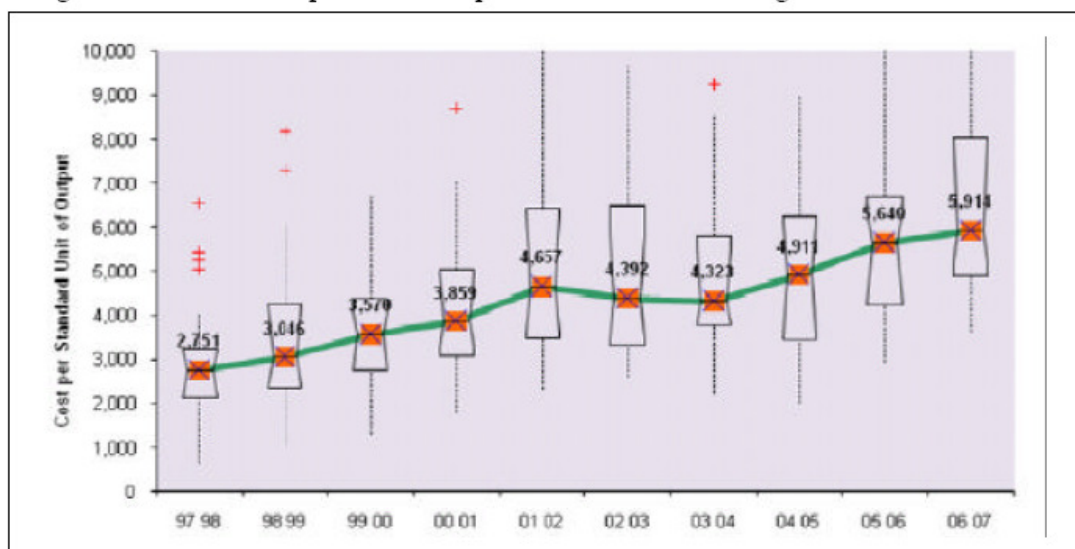
Pour la pérennisation organisationnelle, que ce soit au niveau des affaires ou des entreprises sociales, les éléments ci-dessus sont des *conditions sine qua non*. Les coûts et les prix sont deux principaux concepts économiques qui doivent être introduits à ce niveau. Du point de vue de PNFP, le coût est la valeur des ressources qu'une structure de santé utilise pour produire ses services alors que le prix constitue les frais payés par les patients pour bénéficier des services de santé de la structure. En théorie économique, le prix doit toujours être plus élevé que le coût, et cette relation intrinsèque doit être respectée à tout moment. Les graphiques I et II ci-dessous illustrent le statut de la relation dans les PNFP en Ouganda :

**Figure I: Trend of median user fees per unit of output in 65% of PNFPs in Uganda**



Source: Giusti D, 2008

Figure II: Trend of cost per unit of output in 65% of PNFPs in Uganda



Source: Giusti D, 2008

Selon ces graphiques ci-dessus, une réduction progressive dans les frais par unité de production pendant des années a été observée, en dépit des effets de l'inflation, de l'augmentation des coûts des services et de la réduction du budget d'assistance de l'Etat. Ceci est le résultat des efforts délibérés des structures du PNFP. La tendance modérée à la hausse des frais observée en 2004/5 reflète la pression sur le sous secteur de l'augmentation des coûts du service de production et de la réduction de l'aide du gouvernement (voir Fig. III ci-dessous). En me référant à l'économie de la santé fondamentale, je n'ai aucun doute que les gens paient moins que ce qu'ils payaient en 1997/98, même si sans ajustement dégressif sur le temps acheté. Au fait, à la lumière de la politique macroéconomique mise en œuvre par le pays, je n'ai aucun doute en ce qui concerne les perspectives pro-pauvres de PNFP.

La compréhension que j'ai eue pendant des années est que si la règle économique fondamentale selon laquelle les revenus doivent être plus élevés que les dépenses n'est pas respectée ; le bilan montrera une perte de richesse de l'organisation, qui n'est que le signe qui annonce que cette organisation est malade. Il est évident que le "profit" est une nécessité pour la vie, sous réserve de la contrainte de "non distribution" (c'est-à-dire, le profit réalisé— s'il y en a – ne pourra pas être attribué aux propriétaires, aux dirigeants, etc., mais réinvestit pour développer l'organisation). Comme cela a été observé de diverses manières (Giusti D et al, 2004), toute tentative par les PNFP pour fixer le tiers payant à des niveaux égal aux coûts ou aux éléments ci-dessus devient une force de dissuasion à la consommation des biens/services qu'ils produisent.

A la lumière de ce qui précède et motivé par l'altruisme, les PNFP ont toujours essayé de trouver des "substituts des prix" pour financer leurs opérations. Ceci a pris la forme des subventions, des dons, et des fois des prêts. Lorsque ces "substituts des prix" ne sont pas ni financés ni suffisants, quelques options existent pour éviter

d'abandonner les objectifs sociaux. La diminution de la "dotation" ou l'augmentation des frais du tiers payant (avec les impacts négatifs consécutifs sur l'accès, l'équité, l'efficacité, etc.) sont les mêmes.



# “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

## **Session parallèle 3 : Conséquences des paiements directs**

---

### **PS 03/1**

### **Examen de l'incidence des coûts avantages catastrophiques du traitement anti-rétroviral (TAR) subventionné au Sud-est du Nigeria**

*Obinna Onwujekwe, Nkem Dike, Benjamin Uzochukwu, Chinwe Chukwuka, Chima Onoka et Anselem Onyedum, Groupe de recherche de politique de santé, Institut de Médecine, Université du Nigeria, Campus-Enugu, Enugu, Nigeria*

---

#### **Justification**

Il importe d'appréhender le poids que représente pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) le financement des soins et du traitement du VIH/SIDA, parce que le VIH/SIDA pourrait enfoncer plusieurs ménages, surtout ceux appartenant aux classes socio-économiques des pauvres (SES), dans le dénuement en raison de la perte de revenu et du coût élevé du traitement médical fréquent. S'il est important de déterminer si la nature catastrophique ou non des coûts des programmes de TAR, il est également important de déterminer les bénéficiaires des programmes subventionnés ou gratuits et de savoir si de tels programmes jouent contre les coûts catastrophiques éventuels qu'implique la recherche de traitement du VIH/SIDA.

#### **Objectifs**

La communication examine le niveau auquel les coûts des programmes de TAR subventionnés sont catastrophiques pour les différentes classes socio-économiques et pour les citadins/ruraux, ainsi que le niveau d'incidence des avantages propres aux différentes classes socio-économiques et aux citadins/ruraux.

#### **Méthodologie**

Les données ont été collectées auprès de tous les patients consentants qui fréquentent des dispensaires de TAR sur une période de trois mois ; elles sont collectées par des intervieweurs formés utilisant un questionnaire géré par eux-mêmes. Les patients ont été interrogés juste après s'être enregistrés pour la consultation au dispensaire mais avant de rencontrer l'équipe médicale.

## Résultats

Plus de 95 % des personnes appartenant à tous les quartiles de SES ont dépensé de l'argent pour les ARV au cours du mois passé. En moyenne, les patients ont dépensé 990 Naira ((8,3 \$US) par mois pour les ARV. Ils ont également dépensé en moyenne 8,2 \$ pour d'autres médicaments le mois précédent. Toutefois, les personnes ayant acheté des ARV ailleurs que dans les centres de TAR ont dépensé en moyenne 88,8 \$ par mois. Les études ont porté sur les principaux postes de dépenses et les patients ont dépensé en moyenne 95,1 \$ par mois. Les dépenses totales dans le traitement (médicaments et tests) ont englouti plus de 100 % des revenus ou des dépenses totales des ménages. Dans l'ensemble, les ARV subventionnés ont représenté 9,8 % des dépenses totales des ménages, d'autres médicaments ont épuisé 9,7 %, les ARV provenant d'autres sources ont pris 105 %, la part des tests est de 112,9 % et les dépenses totales ont été de l'ordre de 243,2 %. Généralement, le niveau de la catastrophe touchait plus les femmes, les ruraux et beaucoup plus les patients pauvres. Les femmes et les citadins connaissent une incidence des avantages plus que les hommes et les ruraux. Les SES vivaient indifféremment l'incidence des avantages.

**Conclusion :** Le programme de TAR subventionné réduit le coût des ARV étant donné que les médicaments achetés hors du programme ont des coûts dix fois supérieurs à ce que les patients dépensent dans les centres de TAR. Toutefois, d'autres coûts principaux sont également supportés dans les programmes de TAR, ce qui rend les coûts/dépenses totales de l'accès et de la consommation des programmes de TAR excessifs et catastrophiques. Une solution devrait être trouvée à l'incidence dissymétrique des avantages pour les femmes et les citadins de sorte que toutes les classes de la population ayant le VIH tirent des avantages égaux du programme de TAR.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 3 : Conséquences des paiements directs**

---

#### **PS 03/2**

#### **Poids économique du paludisme au Kenya : une enquête au niveau des ménages**

*Dr. Kioko, U.M*

---

**Contexte :** Le paludisme est la plus importante cause infectieuse de morbidité et de mortalité au Kenya et représente 19 % des hospitalisations et entre 30 % et 50 % des cas de malades ambulatoires. Toutefois, malgré ses effets dévastateurs sur la santé, la preuve empirique de l'impact économique de la maladie sur la production agricole, le revenu des ménages et les salaires des personnes dans le pays demeure toujours inconnue. Cette communication présente une estimation du poids du paludisme aux niveaux des ménages et des individus, et fait une simulation des effets économiques des investissements pour la lutte contre le paludisme sur le rendement agricole et les revenus des ménages.

**Méthodologie :** Les données pour cette étude ont été obtenues à partir des enquêtes sur le suivi du bien-être réalisées par le Gouvernement kényan, le ministère du Plan et du développement national. Les modèles structurels de rendement des cultures, le revenu des ménages et les salaires ont été utilisés pour mesurer le poids économique du paludisme, en maîtrisant les co-variables dans ces modèles. Dans tous les modèles, le paludisme est une variable endogène mais des instruments pertinents sont utilisés pour en faire une variable exogène.

**Résultats :** L'analyse montre que le paludisme entraîne de lourds poids économiques pour les ménages kényans. Au début des années 90 et au cours de certaines saisons, les ménages ont perdu jusqu'à 70 % de leur rendement agricole et presque 93 % de leur revenu à cause du paludisme. En outre, les résultats montrent que le poids économique dû au paludisme est considérablement plus lourd que le poids causé par d'autres maladies. L'analyse montre par ailleurs que le rendement agricole, le revenu des ménages et les salaires des personnes sont plus bas dans les ménages touchés par le paludisme par rapport aux ménages jouissant d'une bonne santé.

Une importante conclusion de cette thèse est que les dépenses du gouvernement pour la lutte contre le paludisme et la scolarisation ont un grand effet d'atténuation

sur le poids du paludisme. Ainsi, les activités de lutte contre le paludisme peuvent largement contribuer à la réduction de la pauvreté dans les milieux impaludés du pays. En effet, les investissements dans les programmes de lutte contre le paludisme produisent d'importants résultats économiques. L'explication de ces résultats économiques est que la lutte contre le paludisme apporte une contribution immédiate au rendement ou au salaire en augmentant la quantité et la qualité de la main-d'œuvre, essentiellement à travers des réductions de la morbidité, de la débilité, et de l'absentéisme au travail.

**Conclusions :** La lutte contre le paludisme est économiquement avantageuse parce que les efforts de lutte contre le paludisme apportent une contribution immédiate au rendement agricole grâce à l'augmentation de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre. L'avantage lié à la lutte contre le paludisme devrait être un facteur de motivation pour le gouvernement et les partenaires au développement pour injecter des ressources supplémentaires dans la lutte contre le paludisme. Ainsi, les programmes de réduction de la pauvreté axés sur l'amélioration des revenus des personnes vivant dans les régions exposées au paludisme réduiront également le poids économique du paludisme et leur permettra d'atteindre un niveau de vie plus élevé.





## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 3 : Conséquences des paiements directs**

---

#### **PS 03/3**

#### **Les impacts du régime d'assurance maladie communautaire sur les frais ménagers pour l'accouchement institutionnel dans la Préfecture de Nouma, Burkina Faso**

*Dr Sennen Hounton<sup>1</sup>, David Newlands<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> WHO Multi Disease Surveillance Centre

<sup>2</sup> University of Aberdeen, Scotland, United Kingdom

---

#### **Objectifs**

L'objectif du présent exposé est d'évaluer les effets du régime d'assurance maladie communautaire (RASM) sur les frais ménagers et les taux d'accouchement institutionnel dans la Préfecture de Nouma, Burkina Faso.

#### **Méthodologie**

Une étude transversale a été menée en Avril-Mai 2007 sur le site de surveillance démographique de Nouma au Burkina Faso. Les participants à cette étude sont des femmes ayant une expérience dans l'accouchement pendant les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Le paiement direct des frais des soins prénataux par les femmes et leur famille, des kits, des examens au laboratoire, du transport et des frais d'hospitalisation pour l'accouchement ont été enregistrés par le biais des questionnaires structurés. En outre, des données ont été collectées sur le nombre de ménage affilié au Régime d'Assurance Maladie Communautaire (RAMC) de Nouna, l'âge et le niveau d'instruction des mères, le taux de survie des enfants et l'accouchement dans les institutions, la distance moyenne entre le village et le centre de santé, l'appropriation des biens et le revenu des ménages. Les statistiques descriptives des frais de ménage et l'écart des prix à l'aide des caractéristiques socio-économiques, les membres du RASM de Nouna et le revenu des ménages ont été calculés.

#### **Résultats**

251 femmes ont été interviewées parmi lesquelles, 43 (17%) sont affiliées au régime RAMC. L'accouchement institutionnelle parmi les femmes affiliées et non affiliées au RAMC était de 53.5% et 45.2% respectivement, mais la différence n'est pas

statistiquement importante. Le coût moyen supporté par les femmes et leurs familles pour un accouchement institutionnel est de 8.7 (0 – 157.5) \$US. Les variations dans les frais de ménage d'accouchement ont été également analysées par âge, niveau d'instruction, revenu et lieu de résidence. Il existe des estimations qui prouvent que les frais d'accouchement représentent des dépenses catastrophiques pour les femmes et leur famille.

**Conclusion:** Etant donné qu'il n'existe pas pour le moment des preuves tangibles qui attestent que le régime RAMC de Nouna a conduit à une augmentation du taux d'accouchement institutionnel, cette analyse des coûts supportés par les ménages pour l'accouchement institutionnel permettra d'améliorer les capacités du régime à réduire les barrières financières à l'utilisation des services de santé et ainsi contribuer à des soins d'accouchement de qualité dans les zones rurales du Burkina Faso.

**Mots clés :** Frais de ménage, accouchement institutionnel, impact, assurance maladie communautaire, zone rural du Burkina Faso



# “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

## Session parallèle 3 : Soins maternels et qualité des soins

---

### PS 03/4

#### **Evaluation d'un processus qualité au niveau communautaire : Programme Santé USAID Keneya Ciwara 2003 – 2008**

*Oumar Ouattara<sup>1</sup>, Kwamy Togbey<sup>2</sup>, Uwe Korus<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Chief of Party Programme Santé USAID Keneya Ciwara II, Care International au Mali, ououattara@caremali.org

<sup>2</sup> Chief of Party PKC 2003 – 2008

<sup>3</sup> Directeur adjoint des programmes Care International au Mali

---

#### **Résumé**

Dans le cadre de son appui au Mali, l'USAID finance le programme santé Keneya Ciwara. Ce programme est géré par un Consortium d'ONG autour de Care International qui est le leader. Keneya Ciwara (PKC) a apporté une assistance technique, matérielle et financière à 15 districts sanitaires au Mali. Le programme s'est déroulé d'octobre 2003 à septembre 2008. Le programme a fait l'objet d'une évaluation indépendante<sup>1</sup> en mars – avril 2008. La présente communication vise à partager les conclusions de cette évaluation.

#### **Objet**

L'objet de Keneya Ciwara vise à augmenter l'utilisation des services à haut impact et l'amélioration des comportements/pratiques en matière de santé. Ces services sont relatifs à la survie de l'enfant (la vaccination, le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, la nutrition et vitamine A).

L'enquête d'évaluation finale, qui s'est déroulée en avril – mai 2008 visait à mesurer les niveaux d'atteinte des indicateurs retenus par PKC.

#### **Méthodologie de l'évaluation**

2029 ménages ont été interrogés sur base d'un sondage aléatoire en grappe sur l'ensemble des 15 districts sanitaires. La même méthodologie a été suivie depuis

---

1 Rapport d'évaluation PKC juillet 08 Mouhamadou GUËYE Démographe CAREF et Augustin Nikiéma Sociologue CERFODES

l'évaluation de base, l'évaluation à mi-parcours et la présente évaluation. Ces 2029 ménages ont permis d'interroger 2750 femmes en âge de procréer et 2787 enfants âgés de moins de cinq ans.

### **Résultat**

Parmi les principaux résultats enregistrés, nous pouvons noter :

- Les principaux thèmes traités par les relais communautaires sont la vaccination des enfants (54%), la consultation prénatales (40%), la vaccination de la femme enceinte (32%) et la planification familiale (24%)
- Parmi les résultats encourageants enregistrés, nous pouvons citer entre autres deux exemples :
  - La promotion des services de planification familiale par les relais et les groupements féminins communautaires ;
  - L'initiative « CSCOM Ciwara d'or ».

#### **a. La promotion des services de planification familiale par les groupements communautaires (relais communautaires et groupements féminins)**

Le renforcement des capacités des relais communautaires et des groupements féminins constitue un élément efficace pour l'appui et la promotion des services de planification familiale. En effet, dans le cadre de la promotion et de l'offre des services à hauts impacts incluant la planification familiale, le rôle des relais communautaires et des groupements féminins s'avère très déterminant et a fortement amélioré l'utilisation de ces services. A titre d'exemple, dans un intervalle d'un mois, les leaders des groupements féminins du cercle de Bandiagara, après une formation de trois jours et dotés de supports éducationnels et de fiches de référence, ont pu référer 177 clientes vers les structures de santé essentiellement pour des services de planification familiale et d'autres services de santé maternelle.

Dans les zones d'interventions du Programme Santé USAID / Keneya Ciwara, il est noté une nette augmentation du nombre des nouvelles utilisatrices (NU) des services de PF durant le second semestre de l'année fiscale (AF05) : 16.574 nouvelles utilisatrices par rapport aux 12.141 du semestre précédent.

L'objectif annuel de 25.000 (NU) est largement dépassé puisque un total de 28.715 NU a été enregistré au cours des deux semestres, soit de 15%. Cette augmentation a pu être obtenue grâce à trois facteurs :

- (i) la disponibilité des produits contraceptifs au niveau des postes de prestation de services,
- (ii) les intenses activités de communication lors de la campagne PF au niveau communautaire et des ménages,
- (iii) les références effectuées par les relais communautaires et les groupements féminins.

Le rôle des réseaux communautaires était fortement visible pendant la campagne de PF dans les cercles. Cette visibilité est mise en évidence par le nombre de séances de mobilisation tant au niveau communautaire que des ménages, le nombre de

produits contraceptifs vendus par les relais, et le nombre de demandes de services générées à travers les fiches de références distribuées aux clientes. Il apparaît évident qu'après une longue période de léthargie en matière d'interventions en PF, de rupture de stocks en produits contraceptifs, d'inactivité des agents de distribution à base communautaire, cette campagne qui vient repositionner la PF, ouvre une nouvelle aire pour le Mali dans le domaine de la PF et de la santé maternelle. Le nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives modernes et le nombre de femmes enceintes bénéficiant de la consultation prénatale sont en nette augmentation.

Par ailleurs, le renforcement des capacités des prestataires, ainsi que leur régulière supervision sont des éléments cruciaux non seulement pour leur engagement, mais aussi pour améliorer la promotion et l'utilisation des services de PF par un grand nombre de bénéficiaires.

#### **b. Le « CSCOM Ciwara d'or », une initiative pour améliorer la qualité des services de santé au Mali**

L'approche Ciwara d'or est une initiative en matière de qualité de services destinée à améliorer l'offre et la demande des services de santé de qualité au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCOM). Cette approche est mise en oeuvre dans 236 CSCOMs dans les zones d'intervention du Programme Santé USAID / Keneya Ciwara (11 Cercles et 2 Communes du district de Bamako). Il s'agit d'une initiative qui créant un dialogue permanent entre les communautés et les prestataires de services, permet à la communauté de définir ses normes en matière de qualité et de convenir avec les prestataires que cette qualité leur soit offerte. En conséquence les prestataires offrent des services performants et évitent les ruptures de stock des produits tels que le fer et l'acide folique qui combat l'anémie, la *sulfadoxine pyriméthamine* (SP), les moustiquaires imprégnées aux insecticides pour lutter contre le paludisme, et les produits contraceptifs pour espacer les naissances et lutter contre les grossesses indésirables.

Les représentants communautaires et les prestataires de services ont élaboré un guide de critères de sélection et d'accréditation du « CSCOM Ciwara d'or » au Mali. Une équipe de supervision de qualité constituée au niveau du district sanitaire et composée des représentants des communautés et des prestataires de services a classé les CSCOMs sur la base des critères précédemment établis. Dans chaque district sanitaire, les CSCOMs qui occupent les 5 premiers rangs entrent en compétition en améliorant la qualité de leurs services de santé. Le CSCOM qui aurait rempli les conditions d'excellence préétablies, serait accrédité par le Ministère de la Santé de « CSCOM Ciwara d'or ». Pour en arriver à cette étape ultime, chaque CSCOM a dû mettre en place une équipe locale de qualité à partir des groupes de dialogue des membres communautaires et des prestataires de services. L'équipe de qualité du CSCOM a : (i) fait l'analyse de la situation pour identifier, analyser et prioriser les problèmes sanitaires de l'aire de santé ; (ii) élaboré et validé un plan d'action pour résoudre les problèmes prioritaires liés à la qualité ; et (iii) mis en oeuvre le plan d'action. L'évaluation du degré de mise en oeuvre du plan se fait de

concert avec l'équipe de supervision de qualité du district sanitaire. Le CSCOM qui va avoir le label de Ciwara d'or est une décision collégiale émanant de l'équipe de supervision de qualité du district sanitaire, ainsi que des autorités administratives et politiques du District / Cercle, de la Région, et de la Direction Nationale de la Santé.

Durant le programme 12 CSComs ont été accrédités « Ciwara d'Or ».

### **Conclusion**

La mobilisation et la participation communautaire à travers les relais et les groupements féminins, et l'instauration d'un dialogue communautaire fécond en matière de qualité des services de santé ont fortement contribué à l'augmentation de la demande et de l'utilisation des services de santé de qualité au niveau communautaire et des ménages.

Les relais communautaires et les groupements féminins jouent un rôle déterminant dans la promotion et l'utilisation des services de planification familiale aux niveaux communautaires et des ménages.

*L'approche « Ciwara d'or », en instaurant un dialogue permanent entre les communautés et les prestataires de services, contribue à améliorer l'offre et la demande des services de santé de qualité au niveau des Centres de Santé Communautaires (CSCOM).*



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 3 : Soins maternels et qualité des soins**

---

#### **PS 03/5**

#### **Les effets de la morbidité maternelle sur la productivité : une enquête de ménage au Ghana**

*David Newlands<sup>1</sup>, Paul McNamee<sup>2</sup>, Cornelius Chikwama, Felix Asante*

<sup>1</sup> Impact, University of Aberdeen, Scotland, UK

<sup>2</sup> University of Aberdeen, Scottish Executive

<sup>3</sup> University of Ghana

---

**But :** Enquêter sur les pertes de productivité liées à la morbidité maternelle au Ghana.

**Objectifs :** Evaluer l'ampleur des pertes de productivité liées au mauvais état de santé maternelle.

Evaluer l'ampleur des stratégies de prise en charge des ménages

Examiner l'ampleur de la variation des pertes de productivité selon le statut de pauvreté.

**Méthodologie :** Une étude a été menée dans trois préfectures de la Région Centrale au Ghana en 2005 parmi 233 femmes qui ont accouché au cours des quatre mois précédents. La morbidité maternelle, définie comme une maladie qui intervient pendant le puerperium, une période de six semaines après l'accouchement a été auto évaluée par les personnes interviewées. Les pertes liées à la productivité ont été évaluées par l'incapacité de mener pleinement les activités quotidiennes normales. Il a été demandé aux personnes interrogées d'estimer la période au cours de laquelle elles ont été incapables de travailler du tout, la réduction de leur capacité effective de travailler pendant qu'elles sont malades et la contribution des autres qui leur ont prêté assistance dans leurs activités normales. Les dépenses par ménage ont été utilisées pour évaluer le statut de la pauvreté.

**Principaux Résultats :** Plus de la moitié de l'échantillon (51%) a été incapable de mener pleinement leurs activités normales quotidiennes six semaines après l'accouchement. Les pertes liées à la productivité causées par la morbidité maternelle sont importantes et sont comparables aux pertes liées à d'autres types

de maladies. En moyenne, 14,1 jours ont été perdus par l'absence au travail. 3,7 jours en moyenne ont été également perdus par la réduction de l'efficacité au travail pendant la maladie. Les stratégies de prise en charge des ménages, sous la forme d'une assistance venant d'autres ont permis de recouvrer environ le tiers des pertes totales de productivité. Les pertes de productivité estimées ont été moindres parmi les quintiles les plus pauvres des ménages, ce qui dénote de leur faible capacité à s'absenter pendant leurs activités normales lorsqu'ils sont malades. Ces estimations sont importantes parce que, si les pertes de production des biens et de services marchandes et de ménage sont prises en compte, les stratégies de soins maternels pourront en effet payer pour eux-mêmes en terme monétaire. La réduction des pertes de productivité pourra également contribuer aux objectifs de réduction de la pauvreté.

**Mots clés :** Morbidité maternelle, pertes de productivité, Ghana





## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 3 : Soins maternels et qualité des soins**

---

#### **PS 03/6**

#### **Evaluation économique de la politique d'exemption des frais d'accouchement sur les résultats de la santé maternelle et Infantile au Ghana.**

*Karen A. Grépin, Ph.D Candidate in Health Policy, Harvard University*

---

Le système du tiers payant est considéré comme un obstacle important à l'accès aux services essentiels de soins de santé, et la suppression de ce système dans les services de maternité a été proposée pour améliorer la santé maternelle et infantile. Quelques études ont cependant permis d'évaluer les impacts de ce système du tiers payant sur l'utilisation des services de maternité dans les pays en développement. A la fin de l'année 2003, le Ghana a introduit une politique d'exemption de frais d'accouchement, qui a été initialement mise en oeuvre dans 4 des 10 régions, ce qui a permis de façon naturelle d'évaluer les effets du système du tiers payant sur l'utilisation des services de maternité. A l'aide des données d'enquête de ménage représentatives sur le plan national et des données administratives sur les services de santé de reproduction, j'ai mené une évaluation nationale de l'efficacité de cette politique en utilisant une étude de différence dans la différence pour comparer les régions qui ont bénéficié des interventions précoces avec les autres régions du pays. Mes résultats démontrent que cette politique a permis d'augmenter la proportion des naissances supervisées par le personnel médical qualifié et d'autres résultats de santé maternelle et infantile.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé**

---

#### **PS 03/7**

#### **Compléments de service de santé et émigration des agents de santé d'Afrique**

*Eric Keuffel, Université de Pennsylvanie, Wharton School*

---

**But/justification** : Les cadres économiques identifient plusieurs facteurs qui influencent la décision des médecins et infirmiers d'Afrique à s'expatrier. Afin de prendre des décisions rationnelles et judicieuses, les décideurs souhaitent identifier au mieux les facteurs essentiels affectant l'émigration. Les récentes conclusions laissent supposer que les facteurs non liés au salaire peuvent jouer un important rôle dans la prise de décision (Vujicic et al., 2003). En raison du simple écart de salaires entre les pays développés et les pays en développement, des mécanismes alternatifs destinés à retenir les agents de santé sont en train d'être examinés par les organes décisionnels multilatéraux et nationaux. La recherche préliminaire présentée ici examine le rôle des compléments de production sanitaire sur la portée de l'émigration au niveau national. La première hypothèse soutient que les pays ayant de faibles niveaux de compléments par habitant aux soins du médecin (ou infirmier) connaissent les plus fortes proportions d'émigration, toute chose égale par ailleurs.

**Objectif** : Évaluer l'effet des compléments de production sanitaire, tels que les agents de santé complémentaires (infirmiers), les infrastructures sanitaires ou l'accès aux produits pharmaceutiques, sur la part totale d'émigration des agents de santé.

**Données** : Les mesures de la variable résultat, du pourcentage de médecins (infirmiers) s'expatriant au niveau national par rapport au nombre total de médecins (infirmiers), proviennent de la base de données du Centre pour le développement global (CGD) sur l'émigration de la profession de santé à partir de l'Afrique (Clemens et Patterson, 2006). Les variables indépendantes au niveau national sont tirées de la base de données sur les indicateurs du développement de la Banque mondiale (données financières nationales), l'ensemble des données sur les tarifs des produits pharmaceutiques et les importations de l'OMS (données sur les produits pharmaceutiques), le dossier documentaire mondial de la CIA (données spécifiques aux pays) et les données de la CGD. L'année de référence est l'année 2000.

**Méthodologie** : Au niveau national (n=48), j'ai effectué une régression linéaire pondérée de la proportion des médecins candidats à l'émigration par rapport aux compléments (infirmiers/1000 habitants, la valeur PPP en \$US des importations de produits pharmaceutiques), aux dépenses de santé par habitant, aux variables d'indicateur de la présence coloniale historique (RU, France), aux PIB par habitant (PPP \$US, 2000) et à la couverture de la vaccination DTP (assez représentative des compléments de santé publique). Les coefficients pondérateurs équivalent au nombre de médecins dans chaque pays. J'ai également effectué une description similaire pour les infirmiers.

**Résultats clés** : Les proportions de médecins candidats à l'émigration varient entre 5 % et 75 % (moyenne : 36 %). Dans le cas de base, une augmentation d'1 infirmier supplémentaire pour 1000 habitants (moyenne : 0,99 pour 1000) a réduit de 16 % l'émigration des médecins ( $p < .01$ ). Une analyse similaire cherchant à expliquer l'émigration des infirmiers n'a révélé aucun effet d'entraînement. Cela est à prendre avec précaution eu égard à la nature transversale des données, mais ce résultat laisse supposer que l'amélioration de la rétention des infirmiers aura des effets d'entraînement dans la réduction de l'émigration des médecins. Une recherche future avec des données recueillies au moyen d'un panel améliorera l'interprétation causale.



# “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

## Session parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé

---

### PS 03/8

#### Évaluation de la motivation des agents de santé dans les hôpitaux de district au Kenya.

Patrick Mbindyo<sup>1</sup>, Dr. Duane Blaauw<sup>2</sup>, Prof. Lucy Gilson<sup>2,3</sup>, Dr. Mike English<sup>1,4</sup>

1. Institut kényan de recherche médicale, Centre de recherche médicale géographique, *Coast-Wellcome Trust Collaborative Programme*
  2. Centre de politique de santé, École de santé publique, Université de Witwatersrand
  3. Unité de politique de santé, École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres
  4. Département de pédiatrie, Université d'Oxford, RU.
- 

**Contexte** : Nombre d'influences affectant la performance des agents de santé peuvent être résumées par un degré de motivation des agents de santé. Bien qu'il soit possible que cette motivation influence directement la performance et transmette ou modifie l'effet des interventions visant à changer la performance, peu d'études ont été réalisées sur son effet sur le changement de pratique chez les agents de santé dans les milieux à faible revenu.

**Objectifs** : Nous avons souhaité tenter de justifier la motivation des agents comme un facteur clé pouvant affecter la réussite d'une intervention visant le changement de pratique en cours de mise en œuvre dans 8 hôpitaux de district au Kenya. En l'absence d'outils disponibles, nous nous sommes par conséquent efforcés d'élaborer un outil qui pourrait permettre une mesure rapide de la motivation à la base et à divers points au cours de l'étude de l'intervention de 18 mois.

**Méthodologie** : Après l'étude de la littérature, un questionnaire détaillé auto-géré destiné au personnel des hôpitaux publics du Kenya pour évaluer les résultats et les facteurs de la motivation a été élaboré. Ce rapport met l'accent seulement sur les données des résultats de la motivation qui ont été utilisées pour produire un outil rapide de mesure de la motivation. Un travail qualitatif parallèle a été entrepris pour évaluer la pertinence des questions choisies et la validité apparente de l'outil.

**Nouveaux résultats** : Les scores moyens de 10 hôpitaux d'environ 80 agents de santé de chacun des 8 sites étudiés ont laissé supposer une variabilité dans les niveaux globaux de motivation entre les hôpitaux non expliqués par le type d'agent de santé, le sexe ou le département clinique. Un travail qualitatif parallèle global a soutenu ces conclusions et ont contribué à notre compréhension des facteurs latents identifiés.

**Conclusions** : Le score de 10 points identifiés peut être utile pour suivre le changement de motivation dans le temps dans le cadre de notre étude ou pour des évaluations de motivation plus élargies et rapides au Kenya.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 3 : Ressources humaines pour la santé**

---

#### **PS 03/9**

#### **Rémunération et de motivation du personnel de la santé au Burkina Faso**

*F. Y. Bocoum<sup>1</sup>, S. Kouanda<sup>2</sup>, R. Guissou<sup>3</sup>, C. Dao/Diallo<sup>4</sup>, B. Sondo<sup>5</sup>*

1 Chercheur, Economiste de la Santé, Institut de Recherche en Science de la Santé

2 Chercheur, MD, PhD en Santé Public, Institut de Recherche en Science de la Santé

3 Assistant Chercheur, Economiste de la Santé, Institut de Recherche en Science de la Santé

4 Infirmier d'Etat, assistant chercheur, CHU Yalgado Ouédraogo

5 MD, en Santé Public, Directeur de l'Institut de Recherche en Science de la Santé

---

#### **Contexte**

Les ressources humaines vivent aujourd'hui une crise dans la plupart des pays en développement et en Afrique en particulier. Au Burkina Faso, l'un des problèmes majeurs demeure la motivation des professionnels de la santé qui constitue l'une des causes de la faible performance du système sanitaire. Bien que les motivations financières seules ne soient pas suffisantes, elles ont un rôle prépondérant à jouer. Elles sont importantes principalement lorsque les rémunérations ne sont pas suffisantes pour couvrir les besoins fondamentaux des travailleurs et de leurs familles. Est ce que cette situation explique le taux élevé de la demande en personnel de la santé dans les villes où ils ont l'opportunité d'exercer leur profession et aussi bien que dans le secteur public que privé ? Les objectifs de l'exposé sont (1) déterminer la tendance de rémunération de 1976 à 2006 et les facteurs qui influent sur cette tendance ; (2) analyser la perception que le personnel de la santé a de sa rémunération.

#### **Méthodologie**

Une étude sectorielle a été menée de Décembre 2007 à Février 2008 dans les zones rurales et urbaines dans 15 centres de santé publiques, privés, confessionnels et associatives. Nous avons collecté des données quantitatives par le biais des questionnaires administrés à différentes catégories de personnel de la santé et des données qualitatives par des interviews avec le personnel et les directeurs de la santé. Ces méthodes nous ont permis d'avoir des données sur la perception que le

personnel de la santé a de sa rémunération. Nous avons également eu auprès du département des ressources humaines du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des Finances, des informations sur la situation de la rémunération.

### **Résultats**

De 1976 à 2007, le salaire mensuel des médecins a augmenté de 65.699 FCFA ( $\approx$  140\$USD) à 96.437 FCFA ( $\approx$ 205 \$USD). En dépit de l'introduction des mesures de motivation financière (garde, indemnités de risque ...) et de l'augmentation des salaires, les professionnels de la santé du secteur public jugent le niveau de leur rémunération bas comparé à leurs collègues qui exercent dans le privé et dans les structures ONG. De même, en comparaison avec les fonctionnaires des secteurs de l'éducation, des finances et de la justice, et du coût de la vie, les professionnels de la santé estiment que le niveau de leur rémunération est bas. Dans les zones urbaines, la mobilité du personnel dans le secteur public est liée au niveau de leur rémunération et du sentiment du manque de reconnaissance.

Remerciements : Cette étude a été financée par l'Alliance pour la Politique Sanitaire et la Recherche et l'Alliance Mondiale des Professionnels de la (projet ID HWS 40)



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Assurance maladie communautaire et nationale**

---

#### **PS 04/1**

#### **Dispositifs contractuels entre les régimes d'Assurance maladie communautaire et les prestataires de soins de santé comme un moyen visant à améliorer la qualité des soins : un aperçu en Afrique sub-saharienne.**

*Ndiaye Pascal, Lefèvre Pierre, Vanlerberghe Veerle, Criel Bart<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Département de Santé publique, Institut de médecine tropicale, Anvers, Belgique

---

L'Assurance maladie communautaire (CHI) vise à améliorer l'accès aux soins de santé. La qualité des soins est l'un des plus importants facteurs de recrutement, ainsi qu'une condition pour le recyclage des membres. Ensuite, elle pourrait être le ciment du partenariat entre la CHI et les prestataires de soins de santé.

Les acteurs (gestionnaires de la CHI, prestataires de soins de santé, organisations apportant le soutien technique au développement de la CHI et les responsables des systèmes de santé) reconnaissent que la CHI a un rôle dans l'amélioration de la qualité des soins mais ils n'utilisent pas ou ne savent pas comment utiliser correctement le contrat pour définir et activer le rôle de chaque partenaire.

Les actions visant à impliquer la CHI dans l'amélioration de la qualité des soins devraient nécessairement passer par le soutien des prestataires des soins de santé afin de renforcer et d'entretenir le partenariat, et surtout les organisations qui offrent le soutien technique à la CHI pour qu'elles puissent préparer la CHI par ce moyen spécifique et les responsables du système de santé pour la surveillance du partenariat.

Les analystes des systèmes de santé soutiennent l'hypothèse selon laquelle la CHI, à travers le dialogue intense qu'elle implique entre les utilisateurs et les prestataires, pourrait être un levier capable d'influencer la qualité des soins. Ce partenariat est confirmé dans un dispositif contractuel (en français le terme *convention* est souvent utilisé). Plusieurs acteurs sont impliqués dans le développement, la gestion et le suivi de tels dispositifs contractuels : les gestionnaires des CHI, les prestataires de soins de



santé, les organisations qui apportent le soutien technique pour le développement de la CHI, et les responsables des systèmes de santé au niveau national et au niveau local.

Nous avons réalisé une enquête intensive par courrier, enquête faite de questions ouvertes et fermées ainsi que d'une série de déclarations, dans 14 pays d'Afrique occidentale et centrale. Nous étudions de manière systématique le potentiel de ces dispositifs contractuels pour l'amélioration de la qualité des soins. Une analyse contextuelle et comparative est réalisée à travers des méthodes qualitatives et quantitatives.

L'enquête par courrier a regroupé environ 400 personnes interrogées venant du Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Togo et Tchad. L'analyse pose la question de savoir si la qualité des soins est au centre de ces contrats ; elle montre la nature et la pertinence de l'expression utilisée pour décrire la qualité des soins, la perception que les diverses parties prenantes ont de la pertinence ou non de ces dispositifs contractuels comme outils convenables pour influencer la qualité des soins, l'existence des bonnes pratiques d'action conjointe pour améliorer la qualité des soins, et finalement, les recommandations de toutes les parties prenantes sur l'utilisation et la pertinence de ces dispositifs contractuels.

Trente ans après la Déclaration d'Alma Ata, l'accès aux soins de santé de qualité demeure un défi. La CHI contribue à un meilleur accès financier à travers la mise en commun des ressources. Toutefois, outre cette fonction financière, la CHI peut autonomiser la communauté dans sa relation avec le côté offre. Les résultats préliminaires de notre étude montrent que la qualité des soins est une exigence formelle des membres de la CHI. Dans sa nature en tant qu'interface entre l'offre et la demande pour les soins de santé, la CHI peut modifier la relation entre les deux. En tant que tel, la CHI est un nouvel acteur dans les systèmes de santé locaux avec lesquels il sera nécessaire de traiter des questions de soins de qualité.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Assurance maladie communautaire et nationale**

---

#### **PS 04/2**

#### **De l'assurance maladie communautaire à l'assurance maladie nationale : une nouvelle approche à l'assurance maladie sociale en Afrique ?**

*Bocar M Daff<sup>1</sup>, Naomi Tlotlego<sup>2</sup>, Chris Atim<sup>3</sup>, A Adomah<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> Projet villages millénaires, Dakar, Sénégal

<sup>2</sup> Lecturer, University of Botswana

<sup>3</sup> Initiative vaccin contre le paludisme de PATH, France

<sup>4</sup> Université Sheffield Hallam, Sheffield, Royaume Uni

---

#### **Introduction :**

Une forte dépendance vis-à-vis des menues dépenses réduit l'accès aux services de santé et enfoncent souvent les familles dans la pauvreté. Certains pays ont récemment aboli les frais, complètement au moins pour certains services. Il est de notoriété que les pays suivants ont modifié l'exploitation des frais d'utilisation, en les supprimant pour certains services (habituellement au moins la santé maternelle et infantile) : Ouganda, Zambie, Afrique du Sud, Burundi, Niger, Kenya, Burkina Faso et Soudan.

D'autres pays ont piloté ou mis en œuvre différentes innovations y compris l'assurance maladie communautaire (CBHI) ou les mutuelles. Dans certains pays africains, ces régimes semblent avoir servi de régimes pilotes ou de tremplin pour l'introduction de régimes ou de caisses nationaux d'assurance maladie (NHIS/NHIF). Nous examinons cette approche apparemment nouvelle à l'introduction de l'assurance maladie sociale (SHI) en Afrique et comparons les avantages et les limites de cette approche.

#### **But et objectifs :**

Le but global de l'étude est d'analyser l'introduction de l'assurance maladie sociale à travers les régimes d'assurance maladie communautaire dans un certain nombre de pays africains, y compris le Ghana, le Rwanda, le Nigeria et la Tanzanie.

**Méthodologie utilisée :**

Nous utilisons une combinaison de données préliminaires (à partir des thèses de Doctorat), des dossiers administratifs, des données du système, et une revue de littérature pour analyser la montée de ces formes apparemment nouvelles de SHI en Afrique. L'étude examine les conditions qui ont favorisé leur développement, leurs différences avec les régimes d'assurance maladies sociales classiques qui ont prévalu en Afrique au moment des indépendances et au moins jusqu'à l'ère de l'ajustement structurel des années 80, ainsi que leurs avantages, limites et perspectives vis-à-vis des régimes classiques de SHI dans le passé.

Les dimensions examinées comprennent : l'appropriation et le contrôle communautaires, la couverture de la population, l'équité, l'intérêt pour les citoyens par rapport à celui des ruraux et la pérennité.

**Résultats :**

L'étude apporte une compréhension de la performance des régimes de NHIS en Afrique, y compris la mesure dans laquelle ils sont reconnus par la communauté, constituent une solution en matière d'équité et de couverture sanitaire rurale, ainsi que de pérennité financière.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Assurance maladie communautaire et nationale**

---

#### **PS 04/3**

#### **Financement des soins en consultation externe – l'Expérience du Kenya**

*Chacha Marwa, Senior Planning Officer*

---

#### **Résumé :**

Le Fonds National d'Assurance Hospitalisation (NHIF) existe depuis 1966 et n'a permis de financer que les soins en consultation externe sur une base de per diem. A partir de 2005, le Fonds a commencé à chercher les voies et moyens pour améliorer l'ensemble des avantages sociaux au membres et est présentement en mesure d'étendre la couverture des soins en consultation externe pour prendre en compte ses deux millions de membres principaux et de 7.500.000 des personnes en charge.

#### **Objectifs :**

- Donner des exemples sur comment un prestataire de service de santé national pourra co-payer les frais des consultations externes
- Analyser les risques réels que le financement des soins en consultation externe rencontre en Afrique sub-saharienne (le cas du Kenya)
- Montrer les voies et moyens possibles pour réduire ce risque, prévenir la fraude et réduire autant que possible les effets néfastes
- Assurer la durabilité financière du NHIF pendant la phase de mise en application et dans le long terme.

#### **Méthodologie :**

- Revue de la documentation et analyse des données
- Revue des différentes études commandées sur l'analyse des coûts des services de soins de santé
- Revue d'autre littérature

#### **Principaux résultats :**

- L'adoption d'un taux forfaitaire est le plus indiqué pour un régime national tel que le NHIF ; de cette manière, l'organisation fixe les coûts des soins en externe et limite le nombre de visites.

- Les soins en consultation externe peuvent être donnés ensemble avec un système bien établi de soins en consultation interne.
- Il faut accorder suffisamment d'importance à la nécessité d'augmenter les cotisations pour prendre en charge les patients externes. L'augmentation des cotisations sera entre 20% - 300% sur la base du niveau de revenu et conformément au principe de solidarité

L'utilisation de la technologie est importante pour réduire la fraude ; l'utilisation des cartes à bande magnétique pour l'identification, la notification et le traitement des demandes permettra à l'organisation d'amortir le risque de majoration des coûts et le risque moral.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Recherche Economique et Politique pour Améliorer la lutte contre le Paludisme**

---

**Organisateur de la Session – Catherine Goodman, KEMRI-Wellcome Programme, Kenya and Health Policy Unit, LSHTM.**

Il existe des outils efficaces de traitement et de prévention du paludisme, mais leur couverture demeure bien en deçà de l'objectif de 80% fixé par l'Assemblée Mondiale de la Santé. Seuls 23% des enfants dorment sous moustiquaire imprégnés (ITN), et seuls 3% des enfants atteints de fièvre sont traités avec une Thérapie Combinée d'Artemisinin (ACT). La présente session présente des données venant de 3 études sur l'économie et la politique de la santé en Afrique, dont le but est d'étudier des stratégies pour améliorer l'accès à la prévention et au traitement du paludisme.

Deux études ont examiné l'impact des subventions : Jessica Cohen a fait une évaluation sur comment le niveau de subvention des ITN affecte son utilisation par les femmes enceintes au Kenya, et Catherine Goodman a évalué l'impact d'un ACT subventionné sur le prix au détail et l'utilisation en Tanzanie. Plusieurs stratégies pour améliorer la couverture par le biais du secteur de la vente au détail impliquent une forme de formation des commerçants : Timothy Abuya a montré comment la nature de la mise en œuvre de ces programmes de formation peuvent influencer leur efficacité. Ensemble, ces exposés soulèvent plusieurs questions importantes autour du renforcement efficace du programme de lutte contre le paludisme nécessaire pour réaliser les OMD.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Recherche Economique et Politique pour Améliorer la lutte contre le Paludisme**

---

#### **PS 04/4**

#### **Distribution gratuite ou partage des coûts ? Témoignage d'une Expérience Aléatoire de Prévention du Paludisme**

*Jessica Cohen\* and Pascaline Dupas*

\* Présentateur - Global Economy and Development, Brookings Institution;  
jcohen@brookings.edu

---

Il existe toujours un débat autour de la question selon laquelle le partage des coûts – facturer des prix subventionnés positifs – pour les produits de santé est nécessaire pour éviter perdre des ressources sur ceux qui ne vont pas utiliser ou qui n'ont pas besoin du produit. Nous avons étudié cet argument dans le contexte d'une expérience sur le terrain au Kenya au cours de laquelle nous avons rendu aléatoire le prix auquel les cliniques prénatales pourront vendre aux femmes enceintes des moustiquaires imprégnés antipaludéens durables (ITN). Nous n'avons trouvé aucun témoignage selon lequel le partage des coûts réduit la perte sur ceux qui ne vont pas utiliser les produits : les femmes qui reçoivent gratuitement les ITN sont moins susceptibles de les utiliser que ceux qui ont payé des prix positifs subventionnés. Nous avons également eu des témoignages selon lesquels le partage des coûts implique la sélection des femmes qui ont beaucoup plus besoin du moustiquaire : ceux qui paient des prix élevés n'apparaissent pas plus malades que les patients de cliniques prénataux dans le groupe de contrôle en terme d'anémie mesuré (un indicateur important du paludisme). Cependant, le partage des coûts freine considérablement la demande. Nous avons découvert que la prise a chuté de 75% lorsque le prix des ITN augmente de zéro à 0,75\$ (par exemple, de 100 à 87,5% de subvention), le prix auquel les ITN sont aujourd'hui vendus aux femmes enceintes au Kenya. Nous avons mis ensemble nos estimations dans une analyse de coût-efficacité des prix de ITN sur la mortalité infantile qui a pris en compte les avantages sociaux et privés de l'utilisation des ITN. En général, étant donné la vaste externalité positive liée à l'usage à grande échelle des moustiquaires imprégnés, nos résultats démontrent que dans certains sites, la distribution gratuite sera aussi rentable que le partage des coûts si non plus.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Recherche Economique et Politique pour Améliorer la lutte contre le Paludisme**

---

#### **PS 04/5**

#### **Piloter la subvention globale : L'impact des distributions subventionnées des thérapies combinées à base d'artémisinine par les pharmacies privées sur la prise du consommateur et les prix au détail dans les zones rurales de la Tanzanie**

*Oliver Sabot, Alex Mwita, Margareth Ndomondo-Sigonda, Justin Cohen, Megumi Gordon, David Bishop, Moses Odhiambo, Yahya Ipuge, Lorryne Ward, Catherine Goodman\**

\*Présentateur – KEMRI-Wellcome Programme, Kenya and Health Policy Unit, LSHTM.

---

**INTRODUCTION** : La Tanzanie a piloté une subvention de Thérapie Combinée à base d'artémisinine (ACT) au niveau de la vente en gros dans le secteur privé. Démarré en Octobre 2007, l'ACT a été distribué dans deux préfectures rurales avec les premières zones de distribution étant les pharmacies. Une troisième préfecture a servi de site de contrôle. Le projet pilote était conçu pour évaluer l'impact d'une subvention sur les prix et les prises d'ACTs, et les effets d'un Prix au Détail Proposé (SRP) sur ces résultats.

**METHODOLOGIES** : Des données ont été collectées à la base de référence en Août 2007 et quatre fois au cours de l'année de l'intervention. Quatre méthodes ont été utilisées : sondage de fin d'entrevue, relevé au point de vente, les clients mystérieux et audit des installations publiques. Chaque pharmacie a reçu un indice de concurrence basé sur le nombre d'autres pharmacies dans un rayon d'un kilomètre, avec des catégories allant de 0 à 5.

**RESULTATS** : Il y a eu une augmentation notable dans la proportion des pharmacies qui ont stocké l'ACT dans les préfectures d'intervention, de zéro en Août 2007, à 72,2% en Août 2008, mais il n'y a pas eu de changement dans le site de contrôle. Les pharmacies avec une ou deux autres pharmacies dans leur rayon de concurrence avaient beaucoup plus de possibilité de stocker l'ACT en Août 2008 que celles qui n'ont pas de concurrent ou un seul concurrent (54.0%). La proportion de consommateurs de produits antipaludéens dans les préfectures d'intervention qui



ont acheté les ACTs a augmenté de façon vertigineuse, de 1.0% en Août 2007 à 44.2% en Août 2008, avec un taux d'application aussi élevé que 53.0% pour les enfants de moins de 5 ans. Le prix moyen payé pour une dose complète d'ACT est de 0,35\$ pour les enfants de moins de 5 ans et 0.70\$ pour les adultes. De façon générale, les prix de l'ACT sont similaires à ceux des anciennes monothérapies antipaludéennes et n'ont pas varié de façon significative soit par le statut socio-économique du consommateur ou la catégorie de concurrence de la pharmacie. Contrairement aux attentes, les consommateurs paient plus pour les ACT dans les préfectures avec SRPs.

**DEBAT :** Ce projet pilote prouve que, lorsque les ACT sont subventionnés au niveau de la vente en gros, la prise du produit pourra augmenter rapidement, principalement pour les enfants de moins de 5 ans. Les avantages de la subvention ont été transférés au client avec des prix des ACT subventionnés qui sont restés comparables à d'autres antipaludéens. Cependant, les SRP doivent être calculés avec beaucoup de précaution pour éviter une inflation artificielle des prix. Des interventions complémentaires pourront être nécessaires pour augmenter l'accès aux ACT pour les plus pauvres des pauvres, étant donné que les patients semblent utiliser moins fréquemment les pharmacies privées et pour assurer l'accès dans les zones rurales les plus reculées, car le stockage des ACT a été asymétrique dans les villes et dans d'autres agglomérations.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : Recherche Economique et Politique pour Améliorer la lutte contre le Paludisme**

---

#### **PS 06/6**

#### **Importance de la gestion stratégique dans la mise en oeuvre des programmes de vente en détail des médicaments : étude de cas dans trois préfectures au Kenya**

*Timothy Abuya\*, Greg Fegan, Abdinasir Amin, Abdisalan Noor, Sassy Molyneux , Simon Akhwale, Robert Snow, Lucy Gilson, Vicki Marsh*

\*Presenting author - Kenya Medical Research Institute/Wellcome Trust Centre for Geographic Medicine Research-Coast, Kilifi, Kenya

---

**Contexte** : Le secteur de la vente au détail a un rôle à jouer dans l'amélioration de l'accès au traitement approprié du paludisme. Dans le cadre du renforcement de la stratégie de gestion des soins à domicile du paludisme, le Kenya a mis en oeuvre un certain nombre d'interventions de vente en détail privé des médicaments (PMR). L'étude du processus de mise en oeuvre est importante pour comprendre les résultats de l'intervention. Cette étude a examiné les facteurs qui ont influencé les expériences du programme de renforcement de trois différentes interventions du PMR. Ce sont une formation du Ministère de la Santé pour les PMR participantes ayant une compétence dans la préfecture de Kwale ; une formation d'une Organisation Non Gouvernementale pour les PMR participantes ayant une compétence dans la préfecture de Kisii central et une approche de marketing social ayant pour des groupe cibles, les grossistes et les vendeurs mobiles financée par l'USAID/AMREF dans la préfecture de Bungoma.

**Méthodologie** : Les résultats sont basés sur des données collectées dans 26 groupes de discussion avec des clients et des PMR et 19 interview détaillés avec les acteurs d'exécution. Un programme des évènements sur le terrain, des discussions informels et une étude documentaire ont permis d'avoir une compréhension détaillée des expériences de mise en oeuvre. L'utilisation de l'approche inductive et déductive, une grande variété d'analyses ont été menées pour examiner les expériences au sein et sur les sites y compris l'analyse des acteurs. La dernière étape de l'analyse d'interprétation s'est basée sur des cadres conceptuels sur le renforcement des innovations en matière de soins de santé et la dissémination de ces innovations.

**Résultats** : La mise en oeuvre de la formation de l'ONG pour les PMR participantes au Kisii a été soutenue par une bonne relation entre l'équipe des ressources et l'organisation bénéficiaire, la flexibilité dans le budget et le processus de prise de décision ce qui a fait que le processus soit réceptif aux contextes locaux et l'utilisation du protocole d'accord pour gérer les réseaux inter-organisationnels. La formation du Ministère de la Santé pour les PMR à Kwale a été caractérisée par un système de financement complexe et inflexible, des changements de leadership et une mauvaise communication entre les acteurs. Bien que l'approche du marketing social à Bungoma ait été caractérisée par un système de financement flexible, le manque de transparence dans la gestion des fonds, une mauvaise gestion des relations inter-organisationnelles et une réaction passive aux changements contextuels ont conduit à des problèmes de mise en oeuvre.

**Conclusions** : L'étude a mis en exergue l'importance d'accorder une attention à la gestion du processus de mise en oeuvre pendant le renforcement des interventions PMR. Les principales questions de gestion sont entre autre un système fort et transparent de gestion avec un processus flexible de prise de décision qui réagisse rapidement aux caractéristiques contextuelles immédiates, la gestion des relations entre les acteurs et la stabilité du leadership de la préfecture. Ceci dénote de la complexité de travailler avec les équipes préfectorales de la santé pendant le renforcement des interventions d'innovation de la santé publique, principalement là où elles sont en concurrence avec les programmes conventionnels existants.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé**

---

#### **PS 04/7**

#### **Prévision des Produits de Base pour le renforcement de l'ART dans le traitement du VIH/SIDA dans le secteur public et privé au Kenya.**

*Korir, J and Kioko, U.*

---

#### **Contexte**

La mise en oeuvre et l'expansion des services de Thérapie Antiretroviral (ART) dépendent de la disponibilité continue des médicaments antiretroviraux de grande qualité, de la fourniture d'une grande variété de produits de base liés au VIH/SIDA. Le Gouvernement du Kenya a fait preuve d'un engagement politique de haut niveau dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA. L'une des principales contraintes dans le renforcement de l'ART est l'incapacité des programmes nationaux à assurer la sécurité des produits. Le principal objectif de l'étude est de quantifier les produits ARV en vue de fournir de façon efficace des ART pour augmenter la qualité de la vie et de la survie des patients.

#### **Méthodologie**

Le processus de quantification comprend quatre étapes : demande prévisionnelle des ART au Kenya, estimation des demandes et calcul du coût de fourniture des ART et l'estimation des ressources financières disponibles pour identifier les déficits de financements. Le nombre de patients qui ont besoin des ARV dans les différents produits a été estimé sur la base des données d'utilisation de service auprès du Système de Gestion de l'Information et de la Logistique (LMIS) à l'Agence Nationale des Fournitures Médicales (KEMSA), au service d'utilisation de PEPFAR et de MSF. Le modèle de fixation de prix des Antiretroviraux de Cape Town a été utilisé pour évaluer le nombre de patients du traitement de la première et deuxième ligne. Le modèle a permis d'estimer le nombre de patients qui feront partie du traitement de la première et de la deuxième ligne, par le biais d'une série de suppositions à propos de la survie des patients, des patients perdus dans le programme de suivi et le taux d'échec du traitement. Le protocole national des normes de traitement et les directives d'essai ont guidé le processus de quantification.

Résultats : Le coût estimé des médicaments ARV pour les patients adultes et de la chaîne associée de fourniture est de 106.9 million Dollar US, 148.5 million Dollar US, et 185.9 million Dollar US pour 2007/08, 2008/09 et 2009/10 respectivement. Le coût des médicaments ARV pour les enfants est de 6.63 million Dollar US, 8.82 million Dollar US et 10.85 million Dollar US, alors que le coût des réactifs CD 4 et de la chaîne associée de fourniture est de 45.49 million Dollar US, 50.12 million Dollar US et 51.59 million Dollar US pendant la période 2007/08, 2008/09 et 2009/10 période respectivement. Le déficit de financement général est estimé à 74.2 m Dollar US, 115.58 m Dollar US et 285.55m Dollar US en 2007/08, 2008/09 et 2009/10 respectivement.

### **Conclusions**

Les résultats des prévisions permettront au gouvernement et aux partenaires en développement de calculer les commandes de quantité des ARV et de planifier les échéanciers d'expédition pour la planification à court terme des approvisionnements pour aider la planification du programme à moyen et à long terme et mobiliser les ressources financières pour les produits ART.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé**

---

#### **PS 04/8**

#### **Suivre les dépenses en matière de VIH et SIDA en Afrique : une étude comparative de différents pays**

*Guthrie, T., Kioko, U.*

---

#### **Contexte :**

Au cours de la dernière décennie, il y a eu des augmentations considérables d'allocations de fonds pour la lutte contre le VIH/SIDA aux niveaux international et national pour répondre efficacement et de manière efficiente aux demandes, particulièrement dans le passage à l'échelle de la fourniture du traitement. Toutefois, le principal défi est d'établir le montant dépensé sur le VIH et le SIDA dans les pays, celui qui dépense les fonds, sur quels fonds ils sont dépensés et qui bénéficie de ces dépenses. Au Botswana, Ghana, Swaziland et en Zambie, les objectifs de l'étude étaient de : 1) déterminer les flux totaux de financement et des dépenses pour le VIH/SIDA, de toutes les sources internationales et publiques (nationales) de financement et 2) identifier le flux des dépenses par source, les fonctions des agents, les prestataires de services, et la population cible et 3) formuler des recommandations pour une amélioration de l'efficacité et l'établissement d'échelle de priorité dans les des dépenses pour le VIH et le SIDA, et pour une amélioration des systèmes d'information financière. Cette communication présentera une comparaison par pays des résultats nationaux.

#### **Méthodologie :**

L'approche d'Évaluation des dépenses nationales pour le SIDA (NASA) a été utilisée pour suivre le flux des ressources, de leur origine à l'activité finale et aux groupes bénéficiaires. La méthodologie saisit toutes les dépenses sur le VIH/SIDA suivant les priorités présentées dans le cadre stratégique national, et permet ainsi aux pays de suivre leur évolution vers les engagements nationaux et internationaux.

#### **Résultats :**

Au Swaziland, les résultats indiquent que les dépenses totales sur le VIH/SIDA ont augmenté d'environ 40 millions de dollars US en 2005/06 à 51 millions de dollars US en 2006/07, représentant une augmentation de 25,7 % du total des dépenses sur le

VIH/SIDA de 2005/2006. Au Botswana, les dépenses totales pour le VIH/SIDA étaient de 1.138 millions de pula en 2005/06 avec le secteur public contribuant pour une large part aux fonds totaux dépensés. Au Ghana, les dépenses totales pour les activités sur le VIH/SIDA sont passées de 28.414.708 dollars en 2005 à 32.067.635 en 2006, ce qui représente une augmentation de 11,4 %. Les résultats montrent par ailleurs que le total des dépenses n'atteint pas les ressources prévisionnelles nécessaires pour une réponse efficace à l'épidémie du VIH/SIDA.

**Conclusions :**

Dans l'ensemble, les bailleurs de fonds ont contribué pour la plus grosse part aux dépenses totales pour le VIH/SIDA, représentant plus de 70 % de la moyenne des dépenses totales. Par conséquent, il est impératif qu'un mécanisme durable et novateur de financement des soins de santé soit envisagé. Une attention doit être accordée au renforcement de l'efficacité des mécanismes de financement existant dans les pays.



## “Les Priorités de l'Economie de la Santé en Afrique”

Conférence inaugurale de l'Association Africaine d'Economie et Politique de Santé (AfHEA)  
10 – 12 Mars 2009 – Accra, Ghana

---

### **Session parallèle 4 : VIH/SIDA : Financement et Rapportage des résultats de recherche en santé**

---

#### **PS 04/9**

#### **Affectation des ressources pour le VIH/SIDA au Ghana “Conformité avec les Priorités Stratégiques Nationales**

*Asante, F., Pokuu, A., Ahiadeke, C., Guthrie, T.*

---

#### **Contexte :**

La Commission Nationale sur le VIH/SIDA du Ghana a lancé une Evaluation Nationale des Dépenses liées au VIH/SIDA pour les années 2005/6 et 2006/7.

#### **Les objectifs de la NASA sont :**

1. Comparer les niveaux de dépenses au niveau national et international pour le VIH/SIDA au Ghana ;
2. Evaluer les dépenses conformément aux priorités nationales ;
3. Identifier les bénéficiaires de ces dépenses ;
4. Faire des recommandations pour améliorer les mécanismes de financement et accroître l'efficacité des dépenses.

#### **Méthodologie :**

La présente étude applique l'approche NASA, qui fait le suivi des fonds à partir de la source, par le biais des agences de financement, vers les prestataires et en fin de compte, les activités et les bénéficiaires des dépenses. Les données ont été analysées en logiciel Access et Excel.

#### **Résultats :**

Les dépenses totales liées aux activités de VIH/SIDA au Ghana ont augmenté de 28.414.708 \$ en 2005 à 32.067.635 \$ en 2006, ce qui représente une augmentation de 11,4 %. Les sources externes ont contribué environ 70% des dépenses totales chaque. En ce qui concerne les priorités de dépense des sources publiques et externes, les dépenses pour la prévention représentent 23%, la prise en charge, 22%, le dépistage volontaire, très peu, 1%, 10% pour la recherche et la grande partie de (40%) pour le développement des programmes et des systèmes de renforcement des activités. En 2006, les PVVIH ont bénéficié seulement de 30% des dépenses, alors