



## “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 ».

#### **Tarifcation 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 dépourvues 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 supprimés 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 par 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 dû 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