

*Etude socio-économique sur les coûts et sur l'accessibilité financière
des populations aux soins de santé à l'Est du Tchad¹*

par

Morbé Mbainadjina Ngartelbaye, Economiste de la santé, OMS/Tchad

Dr Itama Mayikuli Christian, Médecin de santé publique, Sous-Bureau OMS/Abéché-Tchad

M. Naïbei Mbaïbardoum Nathan, 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 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.

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

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 un très fort 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 œuvre.

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.

