



Exemption du paiement direct des soins d'urgences au Tchad 2007–2010 : Une étape vers la couverture sanitaire universelle

Seydou O Coulibalyⁱ et Hamadou Nouhouⁱⁱ

Auteur correspondant : Seydou O Coulibaly, email : coulibalys@bf.afro.who.int

RÉSUMÉ—Le Président de la République du Tchad déclarait en 2007 à Kyabé une exemption du paiement des urgences médicales, pédiatriques, chirurgicales et gynéco-obstétricales. Après trois ans, il s'est avéré nécessaire d'analyser les effets de cette initiative sur le système de santé. Une approche quantitative, couplée à un volet qualitatif, a été adoptée pour cette analyse. Des données ont été recueillies dans 28 hôpitaux et des entretiens effectués auprès de 908 bénéficiaires et de 525 prestataires.

On retiendra des résultats de l'étude une augmentation de la fréquentation, l'inadéquation entre l'offre et la demande, l'insuffisance du financement, une faible qualité perçue des soins, l'absence des facteurs de prestations et l'iniquité du dispositif. L'étude a également montré qu'une focalisation sur les accouchements, les traumatismes, le paludisme et les infections respiratoires aiguës, accompagnée d'une extension de l'initiative aux centres de santé, couvrirait 70 % des urgences, réduirait le déficit du dispositif et serait plus favorable à la qualité et à l'équité.

See page 55 for the summary in English.

Ver a página 55 para o sumário em versão portuguesa.

Les données les plus récentes du système d'information sanitaire du Tchad (SIS) montrent que le taux d'utilisation des services de santé par la population du Tchad est faible : seulement 19 personnes sur cent avaient été en contact avec un professionnel de santé en 2008.¹ Les taux de mortalité maternelle et infantile sont élevés et n'ont guère diminué depuis une décennie. Le taux de mortalité maternelle, quant à lui, a augmenté de 827 à 1099 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1997 et 2004. Durant la même période, le taux de mortalité infantile a baissé de 103 à 102 pour 1000.² Selon la même source, plus de la moitié des femmes enceintes (57 %) ne bénéficient pas d'un suivi adéquat et 79 % des accouchements ne sont pas assistés par un personnel qualifié.

Selon les résultats de la deuxième enquête sur la consommation du secteur informel au Tchad en 2010, 55 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, une proportion qui atteint 87 % dans le milieu rural. Les dispositifs de couverture du risque maladie sont encore au stade embryonnaire, avec une couverture de moins de 6 % de la population.

Face à cette situation, le Gouvernement du Tchad s'est engagé dans un processus de couverture sanitaire universelle en levant une partie de la barrière financière relative au paiement direct au point de service. Cette disposition concerne les

soins d'urgences en milieu hospitalier, à savoir : les urgences médicales², pédiatriques³, chirurgicales⁴ et gynéco-obstétricales.⁵

La mise en œuvre de cette nouvelle politique d'exemption s'est organisée au sein d'un système de santé fragile où subsistent encore des dysfonctionnements nombreux, tels l'insuffisance des ressources humaines et la faiblesse du SIS et de la chaîne d'approvisionnement en intrants. Au terme de trois années de mise en œuvre de l'initiative, les autorités sanitaires ont décidé d'effectuer une étude à visée évaluative afin d'estimer ses répercussions sur le fonctionnement du système de santé et envisager les mesures idoines pour son amélioration et sa pérennisation.

L'étude a pour objectif d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires des soins d'urgence, d'analyser les répercussions de la décision de la gratuité des soins d'urgence sur les composantes du système de santé et de proposer des solutions envisageables pour améliorer la mise en œuvre de l'initiative.

Après une brève description de l'approche méthodologique adoptée, les effets de la politique d'exemption sur le système de santé seront analysés et des pistes d'amélioration de la mise en œuvre de l'initiative proposées, le tout sera suivi d'une conclusion.

i Organisation Mondiale de la Santé, Équipe Inter Pays, Ouagadougou, Burkina Faso

ii Organisation Mondiale de la Santé, N'Djaména, Tchad

Méthodologie

En plus d'une revue documentaire, une approche méthodologique mixte combinant des analyses quantitatives et qualitatives a été adoptée.

Pour le volet quantitatif, deux hôpitaux nationaux et 11 hôpitaux régionaux ont été retenus en raison de leur hétérogénéité, tandis que 15 hôpitaux de district sur 57 ont été sélectionnés par tirage aléatoire du fait de leur homogénéité.

La collecte des données a été réalisée par 10 enquêteurs du 29 juin au 30 août 2011. Trois questionnaires ont été administrés : le premier, individuel, aux prestataires et personnel administratif ; le second aux bénéficiaires ou, le cas échéant, aux accompagnants ; et le troisième aux hôpitaux, portant sur les activités réalisées, le financement, le coût des prestations offertes, etc.

Au cours de cette enquête, le personnel technique et administratif chargé de la mise en œuvre de l'initiative a été interrogé

sur l'effet de la mesure d'exemption sur les piliers du système de santé. Les opinions des bénéficiaires sur la qualité des prestations, le comportement du personnel, l'accueil, la durée de l'attente, la disponibilité des services ont ensuite été recueillies. Et finalement, tous les supports de gestion disponibles dans les hôpitaux visités ont été exploités. Au total, 28 hôpitaux ont été étudiés, et 908 bénéficiaires et 525 prestataires interrogés.

L'approche qualitative, complémentaire au volet quantitatif, a consisté en entretiens auprès des différents bénéficiaires et acteurs de l'exemption pour recueillir leurs opinions sur la qualité des prestations, leur appréciation de la mise en œuvre de l'initiative, et pour identifier les forces et faiblesses ainsi que les mesures envisageables pour son amélioration et sa pérennité.

Pour la mise en œuvre du volet qualitatif, des guides spécifiques d'entretien ont été conçus pour chacune des catégories suivantes : responsables administratifs et sanitaires, prestataires et bénéficiaires de

l'exemption du paiement direct des soins d'urgences. Ces guides ont été configurés pour capturer les données et l'information permettant d'évaluer les effets de la mise en œuvre de l'exemption de paiement des soins d'urgence sur les principales composantes du système de santé. Deux enquêteurs ont été recrutés et formés dans l'utilisation de ces guides pour conduire des entretiens semi-directifs individuels et/ou de groupe dans quatre hôpitaux à Ndjamena, quatre hôpitaux de district et au niveau des structures administratives centrales.

La saisie, le traitement, l'analyse, la rédaction du rapport et sa validation ont été faits durant la période de septembre 2011 à Mars 2012. Pour la gestion des données, les logiciels EpiInfo, SPSS et Excel ont été utilisés.

Quelques difficultés ont été rencontrées, telles que l'impraticabilité de certains axes pendant la période de l'enquête, la non-disponibilité ou le refus catégorique de collaborer de certains répondants, le caractère incomplet de certaines données,



voir même l'absence d'archives dans certaines structures. De plus, l'absence d'adresse des bénéficiaires sur les bons de prise en charge ne permettait pas de les localiser pour les interroger à domicile, comme prévu dans le protocole.

Répercussions de la politique d'exemption sur le système de santé

Globalement, plus de 80 % des bénéficiaires et prestataires interrogés se sont dits favorables à la mise en œuvre de l'initiative d'exemption du paiement direct des soins d'urgence. Alors que les premiers affirment qu'elle a réduit les barrières financières et favoriser l'utilisation des services de santé, les seconds soutiennent que le travail dans ce nouveau contexte est valorisant et a permis d'améliorer le recours aux soins pour les plus démunis.

Dans l'analyse qui suit, une attention particulière sera portée aux effets de la politique d'exemption sur les différents piliers du système de santé : la prestation de services, les ressources humaines, les médicaments, le financement, le système d'information sanitaire (SIS) et la gouvernance.

Prestation de services

Concernant la prestation de services, le taux de fréquentation des hôpitaux a presque doublé. Les hospitalisations ont augmenté de 60 %, et le taux d'accroissement moyen annuel des interventions chirurgicales est estimé à 11 %. Sur la même période, on a constaté un triplement des examens de laboratoire, le doublement des activités d'échographies et une augmentation de 23 % des actes radiographiques.

En ce qui a trait à la qualité perçue, 67 % des patients ont indiqué une bonne perception de l'accueil et la durée d'attente. L'accueil a été jugé décevant dans un cas sur trois des bénéficiaires interrogés. « L'accueil est bien, le personnel ne nous a pas laissé traîner » rapporte un accompagnant. « Nous avons déjà passé trois jours ici à attendre pour qu'on nous trouve de la place. Voyez-vous, c'est long ! » déclare un autre. Si 56 % ont une bonne perception de la propreté de la cour et des locaux, les personnes rencontrées se plaignent de l'entretien des toilettes : « ... les toilettes

qui sont bouchées et ça déborde et à cause de son odeur, on a fermé ».

Personnel de santé

Il a été établi que 55 % du personnel de santé interrogé juge que le travail dans ce nouveau contexte est dévalorisant. 43 % se plaignent de la surcharge de travail, et trois prestataires sur quatre affirment leur démotivation. « Je ne suis pas satisfaite de ma situation actuelle », nous confie cette sage-femme. « Au temps du recouvrement des coûts », précise-t-elle, « on percevait des primes qui étaient acceptables et qui nous encourageaient. Et là, avec la gratuité, le moral est très bas parce que nous ne recevons rien, tout est gratuit ».

Aussi, 68 % des prestataires interrogés estiment que la mise en œuvre de la politique d'exemption des soins d'urgence n'a pas été accompagnée du recrutement d'agents et que 88 % du personnel existant n'a bénéficié d'aucune formation dans le cadre de cette initiative. « Nous ne sommes ni formés, ni motivés pour faire le travail de la gratuité » déclare un prestataire interrogé.

Médicaments

L'achat et la distribution des médicaments aux hôpitaux sont assurés par la Centrale Pharmaceutique d'Achat. La liste d'achats doit être affichée dans tous les hôpitaux. Cependant, 25 % des prestataires affirment ne pas avoir vu d'affiches et 44 % pensent que cette liste n'a pas été partagée avec tous les prescripteurs.

Plus de la moitié des prestataires interrogés se plaignent de l'insuffisance du plateau technique et 60 % sont préoccupés par les ruptures fréquentes des médicaments. Celles-ci ont négativement affecté les relations entre le personnel soignant et les malades. Les prestataires se sentent dans l'insécurité : « lorsqu'il y a rupture des médicaments de la gratuité et on prescrit pour que le malade aille chercher ailleurs, c'est là que ça pose vraiment problème. Les menaces, ça ne manque pas, c'est quotidien ! » Un bénéficiaire s'interroge : « excepté l'eau glucosée qui a été offerte, on a acheté tous les autres médicaments ; pourtant, ils disent que c'est gratuit. Pourquoi ça ? »

Les ruptures fréquentes de disponibilité des médicaments ont aussi affecté la qualité des soins et instauré une alternance entre recouvrement des coûts et exemption du paiement. « Il y a trop de

ruptures, ce qui nous oblige à utiliser et à facturer aux malades les produits achetés par l'hôpital pour assurer la continuité de l'offre des soins d'urgence », nous a-t-on confié.

Système d'information sanitaire

Au niveau du système d'information sanitaire, il faut signaler la mise en place d'outils de gestion du dispositif d'exemption. Il s'agit, entre autres, de bons de prise en charge où sont enregistrées les informations sur le bénéficiaire, de registres du prescripteur et des services, de fiches de stocks de la pharmacie et de rapports mensuels pour saisir les détails sur les problèmes de santé, les statistiques des cas pris en charge ainsi que les coûts afférents.

Ces différents outils ne sont ni intégrés au SIS existant, ni régulièrement mis à jour. L'absence d'une base de données centralisée ne permet pas de disposer de statistiques déjà rassemblées et « nettoyées ». Les hôpitaux ne disposent pas d'une comptabilité apte à capturer les dépenses effectives et les informations sur les coûts de productions sont défaillantes.

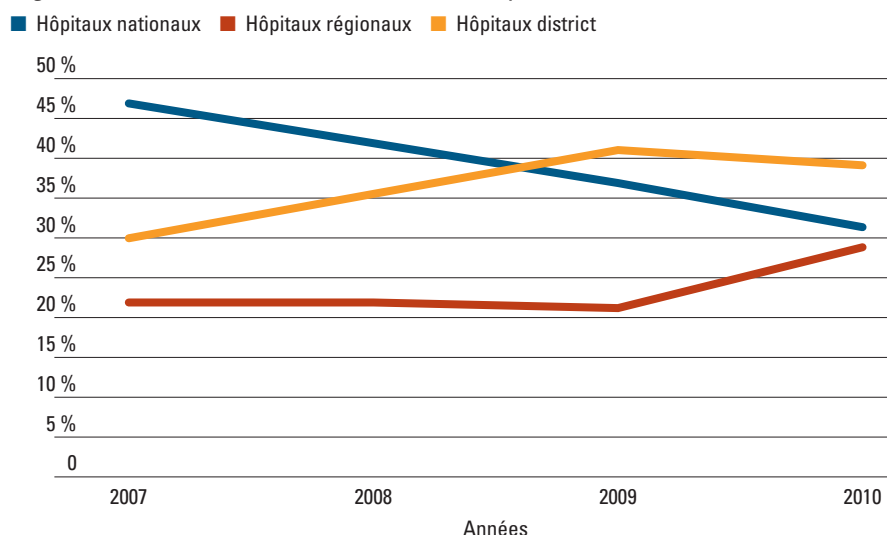
Financement du système

Abordant la question du financement du système, l'État tchadien a débloqué entre 2007 et 2010 des fonds supplémentaires d'un montant total de l'ordre de 2,2 milliards de francs CFA, soit une subvention moyenne de 550 millions de francs CFA par année. Ces fonds, destinés à l'acquisition d'une dotation supplémentaire en médicaments, sont alloués aux hôpitaux sur une base forfaitaire.

Au cours de la période couverte par l'étude, la contribution de l'État au financement des hôpitaux a baissé de 49 % en 2007 à 42 % en 2010. En 2007, la part des hôpitaux nationaux représentait 50 % du financement des hôpitaux contre 33 % pour les 52 hôpitaux de district. Avec l'introduction de l'initiative, une baisse progressive de la part des hôpitaux nationaux dans le budget des hôpitaux a été constatée, comme le montre la Figure 1 ci-contre.

La comparaison entre les subventions liées à la gratuité et les pertes de recettes pour les hôpitaux révèle, au minimum, un

Figure 1. L'évolution du financement des hôpitaux



déficit de l'ordre de 650 millions de francs CFA.⁶ Cette différence, calculée à partir des tarifs pratiqués avant l'exemption, pourrait passer du triple au quintuple si on utilisait les coûts de production.

Gouvernance et leadership

En ce qui concerne la gouvernance et le leadership, la mise en œuvre de l'abolition du paiement des soins d'urgence n'a pas été suffisamment préparée et planifiée, ce qui a occasionné une insuffisance dans le financement, une mauvaise circulation de l'information, une absence de textes législatifs, de la frustration et une surcharge de travail.

Le manque d'information a porté, entre autres, sur les modalités d'allocation des fonds, le montant de la subvention, le niveau de gestion de la politique, la liste des médicaments d'urgence, la durée d'hospitalisation légale et les pathologies concernées. Ce manque d'information peut être source de résistance, comme on a pu observer en Afrique du Sud, où les infirmières interrogées considèrent que la désinformation du personnel de santé constitue une barrière à la mise en œuvre de toute mesure de gratuité.

L'absence de textes pour encadrer et réglementer la décision de l'exemption ne permet pas de développer une approche standardisée des prestataires dans la mise en œuvre de l'initiative. L'urgence relative, laissée à l'appréciation du praticien de garde, donne lieu à beaucoup de

subjectivité au niveau du tri et donc à des gaspillages.

L'absence de contrôles et de mécanismes de concertation avec la population favorisent les paiements parfois qualifiés de « racket » par les bénéficiaires. En effet, 76 % des malades admis en urgence déclarent avoir acheté une partie ou la totalité des médicaments prescrits. 45 % des malades hospitalisés ont dit avoir payé des frais d'hospitalisation, un malade sur trois a déclaré avoir payé pour les examens complémentaires, et plus de 20 % des bénéficiaires interrogés ont payé pour des interventions chirurgicales supposées exemptes.

Finalement, l'ancrage institutionnel de l'Unité de Gestion de la Gratuité ne lui

permet pas de jouer pleinement son rôle au niveau du suivi et de la vérification de la mise en œuvre de l'initiative.

Options pour améliorer la mise en œuvre de l'initiative

Sur la période de l'étude, la moyenne de la prise en charge des traumatismes qualifiés par les professionnels de santé comme urgence représente 92 % du total des urgences chirurgicales dans les hôpitaux nationaux, 42 % dans les hôpitaux régionaux et 73 % dans les hôpitaux de district. Il serait possible de répondre à environ 70 % des besoins en urgences chirurgicales en ciblant les traumatismes (voir Figure 2).

Dans la catégorie gynécologique et obstétricale, les accouchements enregistrés comme urgents par le personnel médical comptent pour 94 % du total des urgences de la catégorie considérée dans les hôpitaux nationaux, 58 % dans les hôpitaux régionaux et 64 % dans les hôpitaux de district, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 72 % sur la période étudiée (voir Figure 3).

Dans la catégorie des urgences médicales et pédiatriques, la part du paludisme et des infections respiratoires aiguës, caractérisés comme urgents par le corps médical, occupe 60 % de la demande totale des soins d'urgences de cette catégorie. La prédominance de ces pathologies est reproduite dans la Figure 4.

De ce qui précède, il apparaît clairement qu'en se focalisant sur les accouchements,

Figure 2. Répartition des urgences chirurgicales

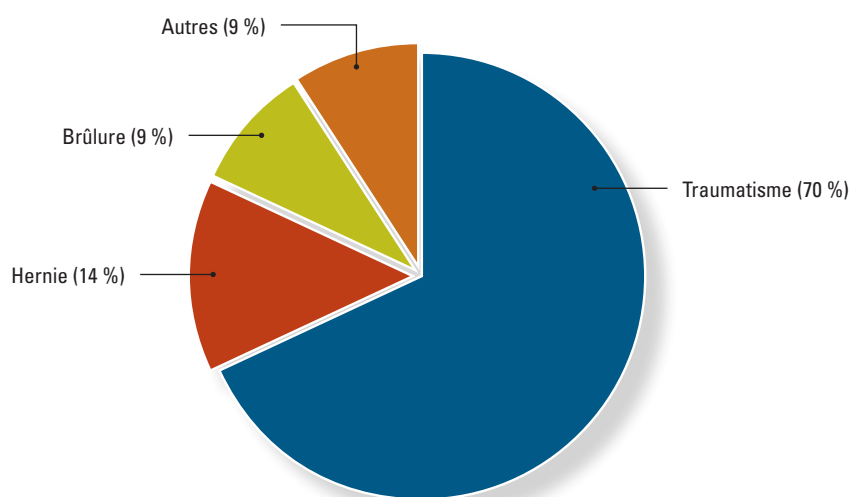


Figure 3. Urgences gynéco obstétriques

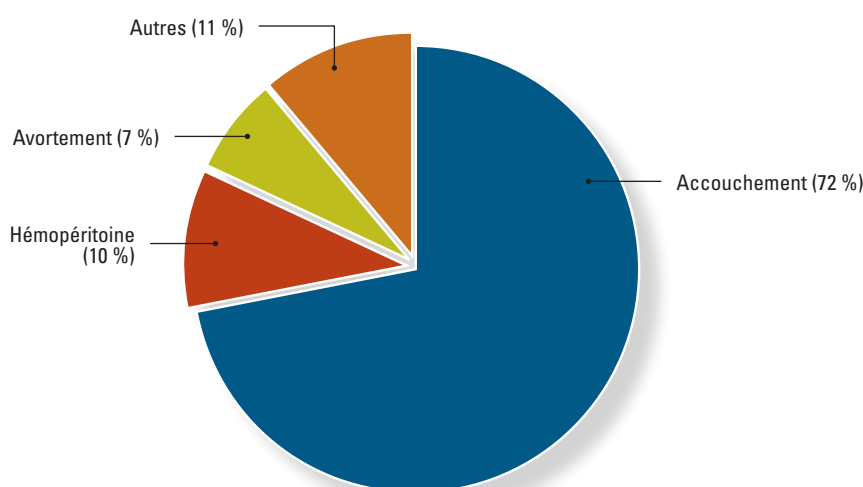
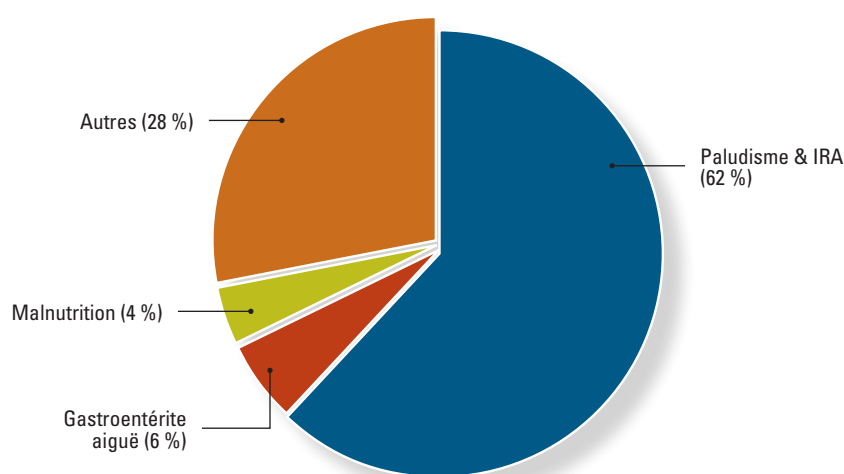


Figure 4. Répartition des urgences médicales et pédiatriques



les traumatismes, le paludisme et les infections respiratoires aiguës, on couvre environ 70 % de la demande en soins d'urgence. Une extension de la mesure aux centres de santé réduirait le déficit de financement et serait plus favorable à la qualité et à l'équité.

La mesure susmentionnée devrait être encadrée par des textes législatifs et réglementaires précisant les conditions d'éligibilité ainsi que les droits et devoirs des acteurs. Le mode de financement actuel, basé sur un forfait sur les médicaments, devra être amélioré, voire remplacé par un mode plus efficace. Une bonne coordination, la disponibilité d'information fiable, la redevabilité et une communication permanente sont aussi des facteurs à considérer.

Conclusion

On retiendra de cette étude que la politique d'exemption du paiement des soins d'urgence a permis une augmentation significative du volume des activités hospitalières – consultations, hospitalisations, interventions chirurgicales, examens complémentaires notamment. Cependant, l'improvisation de la décision, son caractère ambitieux dans un contexte d'insuffisance de ressources en personnel, équipements et matériel, ont entraîné une démotivation du personnel, une baisse de la qualité des services, une désorganisation du système de référence, des ruptures chroniques de médicaments et un déficit du financement. Aussi, en excluant les structures périphériques de l'exemption, l'initiative

ne profite pas aux plus pauvres qui vivent en milieu rural.

L'étude propose une réduction du champ de la gratuité à quatre interventions et son extension aux structures périphériques, ce qui rendra la mesure plus équitable et plus facile à contrôler. La réussite de cette proposition assume que les défis relatifs aux ressources humaines, aux médicaments, au financement, à l'offre de services de qualité, au SIS et à la gouvernance du système soient relevés. 📄

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude aux autorités tchadiennes, au personnel du bureau de l'OMS au Tchad et en particulier au Représentant de l'OMS, le Dr Saïdou Pathé Barry. Nous remercions également tous les enquêteurs et personnes rencontrées, Monsieur Nathan Naïbei Mbaïbardoum, Mme Djafanouh Yetna, Dr. Hassane Tolmbaye, Dr. Dadjim Blague pour leur participation active. Et finalement, toute notre reconnaissance à l'Agence française de développement pour son appui financier, ainsi qu'à l'Union européenne (UE), la Coopération Suisse et la Banque Mondiale pour leur soutien.

Références

1. République du Tchad. Ministère de la Santé Publique, Division du Système d'Information Sanitaire. *Annuaire statistiques sanitaires du Tchad*, Tome A, 21ème Edition, 2008.
2. République du Tchad. *Primature, Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP2)*, août 2010.
3. Les urgences médicales regroupent le paludisme grave, les anémies, les septicémies, les intoxications, les comas, les complications de l'hypertension artérielle, les gastroentérites aiguës, les états de mal convulsifs, les coliques néphrétiques, les cholécystites aiguës, otites aiguës, les états de mal asthmatique, les amygdalites aiguës, les sinusites aiguës, les migraines sévères, les traumatismes dentaires, les abcès dentaires, les corps étrangers dans les yeux, les traumatismes et glaucomes aigus.
4. Les urgences pédiatriques comprennent le paludisme grave, hyperthermie, convulsions, gastroentérites compliquées, infections (méningite, tétanos), Infections Respiratoires Aiguës (IRA), anémies, septicémies, crises d'asthme, malnutritions sévères compliquées, déshydratations sévères, asthmes aigus graves, insuffisances cardiaques, crises drépanocytaires, tétanos du nouveau-né, détresses respiratoires, invaginations, brûlures graves, phimosis.
5. Entrent dans la catégorie des urgences chirurgicales, les appendicites, les abdomens aigus, les abdomens chirurgicaux aigus, les brûlures de type II et III, les hernies étranglées, les péritonites, les traumatismes (arme blanche ou à feu et autres).
6. Les urgences gynécologiques et obstétricales se composent des accouchements eutociques et dystociques, des hémopéritoines, des pré-éclampsies et éclampsies, des complications de l'avortement, des cas de fièvre associée à la grossesse, des hémorragies au cours de la grossesse, des états de mal asthmatique et grossesse, des déchirures du col de l'utérus, etc.
7. Seydou O. Coulibaly, Djafanouh Yetna, Hassane Tolmbaye. *Évaluation de la gratuité des soins d'urgence au Tchad*, 2007–2010.
8. Walker L and Gilson L. "We are bitter but we are satisfied": Nurses as street-level bureaucrats in South Africa", *Soc. Sci. Med.*, 2004. 59: 1251–1261.