



# Mythes et réalités liés au paiement direct des services de santé à l'échelle internationale.

Ridde Valéry, Ph.D.

# Plan de la présentation

- 1) Contexte haïtien
- 2) Financement de la santé et globalisation
- 3) Système de santé et financement
- 4) Origines et fondements du paiement direct
- 5) Effets du paiement direct
- 6) Origines et fondements de l'abolition du paiement
- 7) Effets de l'abolition du paiement
- 8) Conclusion

1

# CONTEXTE HAITIEN

# Constitution 1987

- **Article 19:**  
L'État a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé
- **Article 23:**  
L'État est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens dans toutes les collectivités territoriales les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé par la création d'hôpitaux, centres de santé et de dispensaires.

	<b>Haïti</b>	<b>Cuba</b>
<b>Population totale (millions)</b>	<b>8,5</b>	<b>11,3</b>
<b>PNB <i>per capita</i></b>	<b>1 100</b>	<b>3 649</b>
<b>Espérance de vie pour les femmes</b>	<b>56</b>	<b>80</b>
<b>% de dépenses totales de santé / PIB</b>	<b>7,3</b>	<b>7,5</b>
<b>Dépenses de santé <i>per capita</i> (intern. \$)</b>	<b>84</b>	<b>251</b>
<b>% des dépenses de santé publiques p/r dépenses totales</b>	<b>38</b>	<b>87</b>
<b>% des dépenses de santé privées p/r dépenses totales</b>	<b>62</b>	<b>13</b>
<b>% paiement direct p/r dépenses privées</b>	<b>70</b>	<b>75</b>

2

**FINANCEMENT DE LA SANTE  
ET GLOBALISATION**

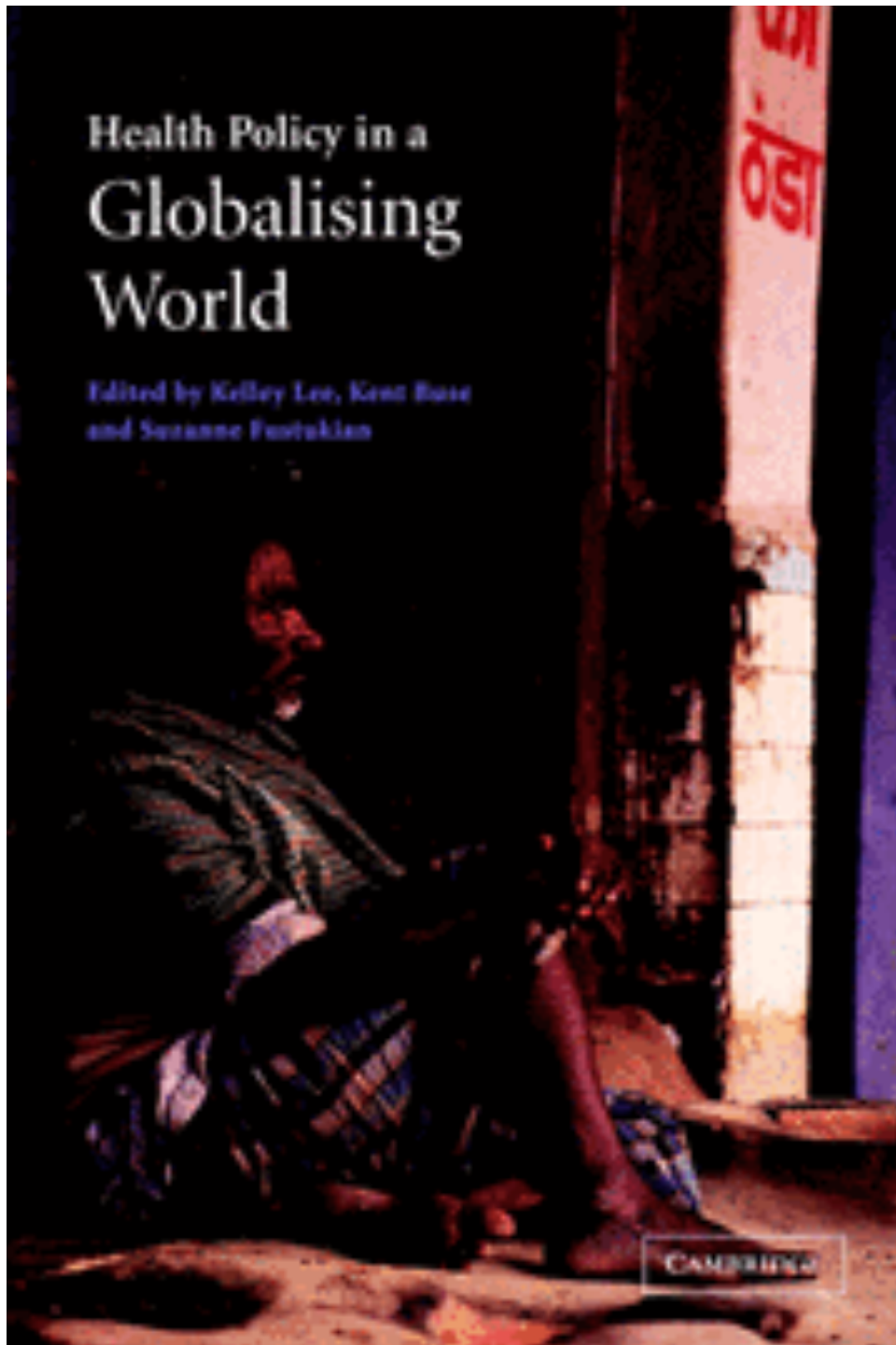
# *User Fees for Health Care : Why a Bad Idea Keeps Coming Back.*

Evans, R., M. Barer et G. Stoddart (1993). Toronto, CIAR Program in Population Health, August 1993. (Working Paper 26.)

# Le retour du « ticket »

De façon périodique, l'idée d'imposer des frais modérateurs, communément appelés « ticket modérateur », pour financer le système de santé revient hanter la scène politique québécoise. Cette fois-ci, c'est au ministre fondateur de notre régime public universel, Claude Castonguay, qu'on doit le retour de cette proposition qu'on croyait oubliée.





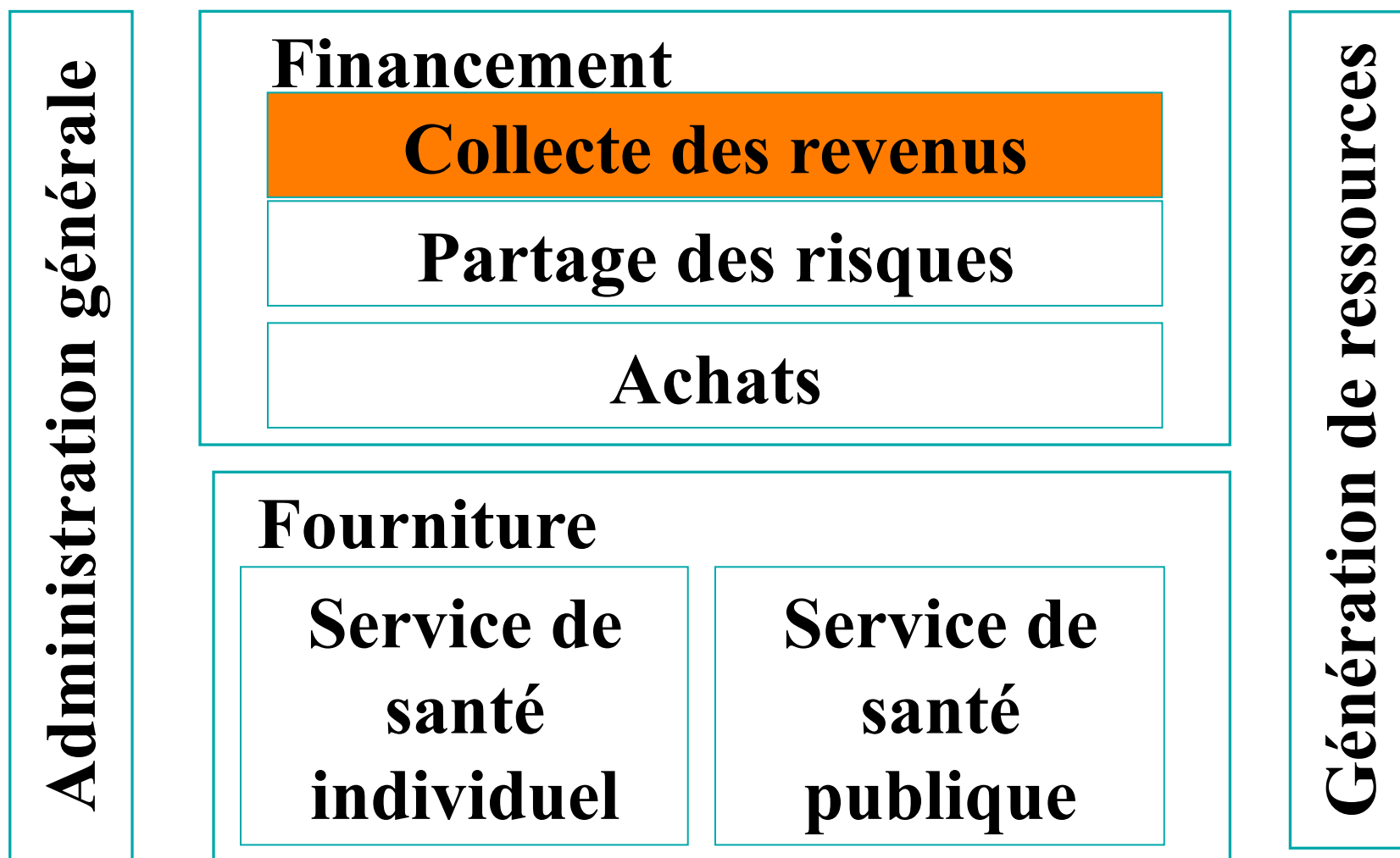
**Lee, K., K. Buse et  
S. Fustukian, Eds.  
(2002). *Health policy  
in a globalising  
world*. Cambridge,  
Cambridge  
University Press.**

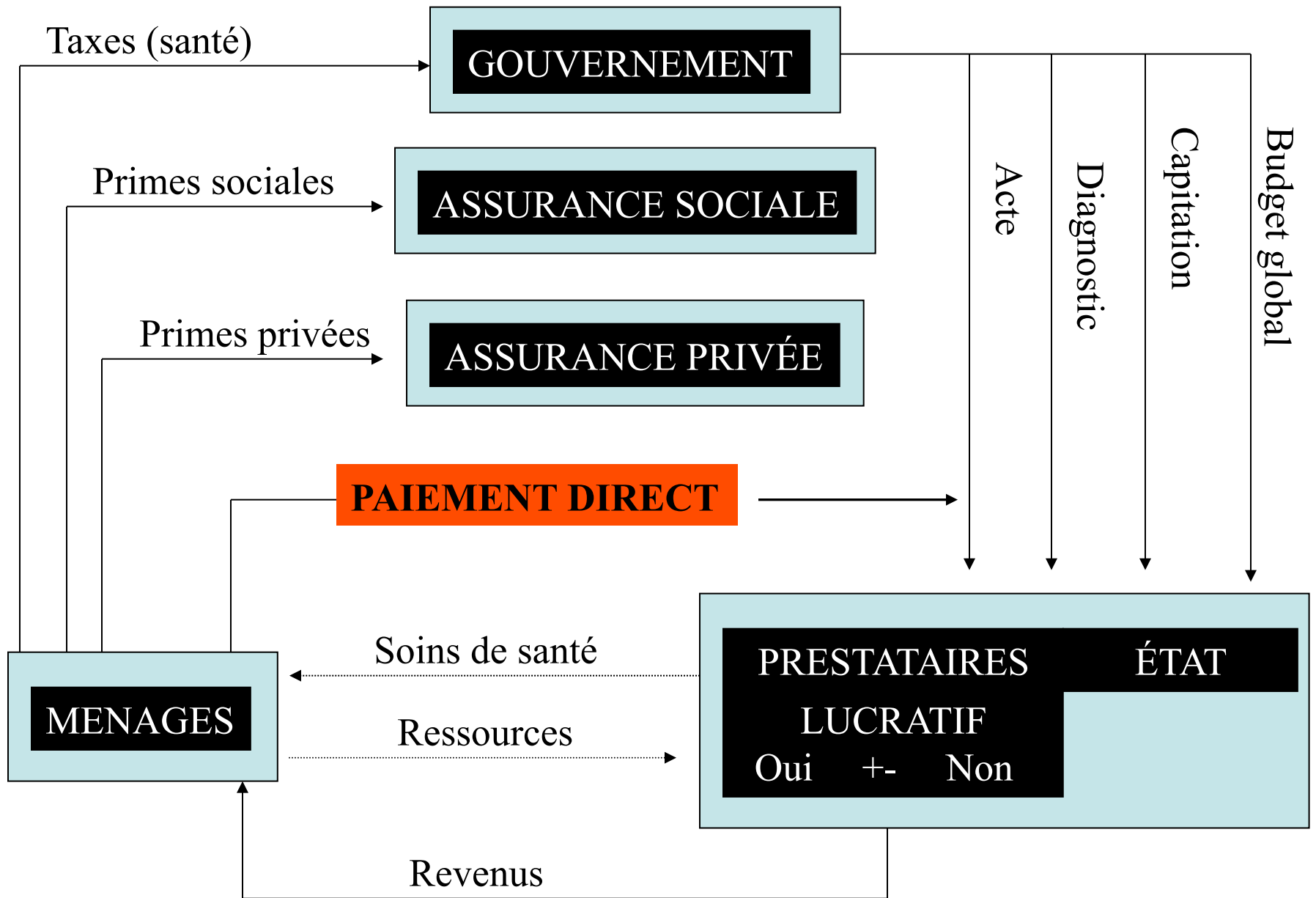
“Dans le domaine du financement des services de santé, une élite mondiale a dominé les discussions politiques à l’aide de leur contrôle des ressources financières et, d’une manière certainement plus importante, leur contrôle des termes des débats par leurs expertises, leur soutien à la recherche, et leur position centrale dans les réseaux mondiaux des politiques publiques” (p. 103)

3

**SYSTEME DE SANTE  
ET FINANCEMENT**

# Systeme de sante et financement





4

# ORIGINES ET FONDEMENTS DU PAIEMENT DIRECT

# Origines et fondements du paiement direct

- 1987 : « *financing health services in developing countries : an agenda for reform* » Banque mondiale => user fees
  - Systèmes de santé avec accès gratuit ne fonctionnent pas
  - Volonté/capacité à payer des populations
- Arguments avancés :
  - tout le monde paye déjà pour accéder aux soins (<5% de la richesse pour la santé)
  - permet d'améliorer les services et d'augmenter l'utilisation
  - améliorer l'efficacité, réduire la demande abusive
  - compatibilité avec l'équité, taxe progressive
  - « on ne valorise un service que si on le paye »
  - formalisation de paiements informels

5

## EFFETS DU PAIEMENT DIRECT



# Génération de ressources

- moyenne de 5% des dépenses récurrentes nationales
- frais de gestion important (moy. 67% Honduras)
- recouvrement relatif des coûts récurrents hors salaires, en Afrique avec l' IB
  - => .....

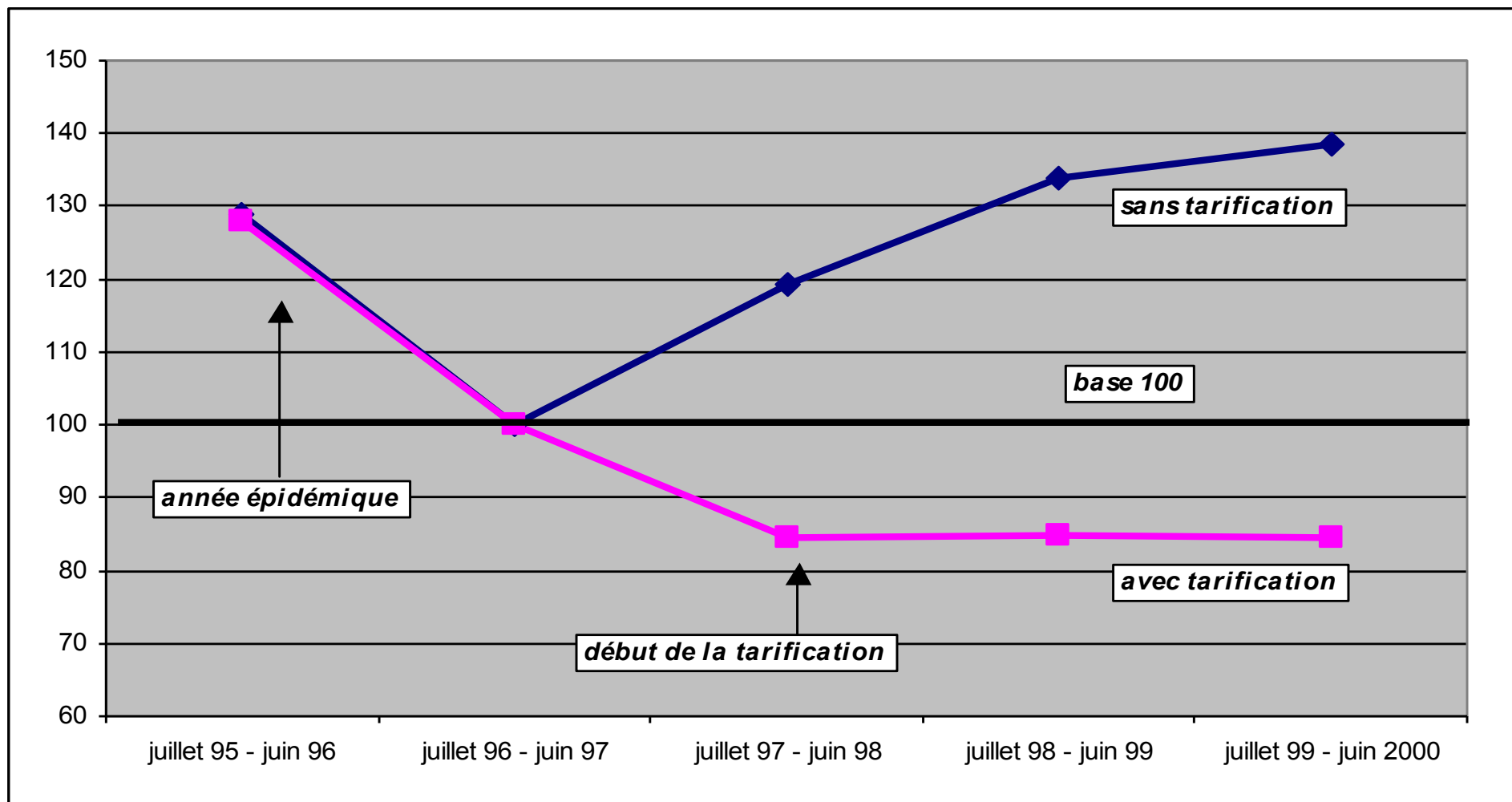
# Taux de recouvrement des coûts (IB)

<b>Pays</b>	<b>année</b>	<b>Pop./ Centre</b>	<b>Recettes annuelles/ habitant</b>	<b>Recettes/ coûts totaux</b>
<b>Bénin</b>	<b>1993</b>	<b>11.000</b>	<b>\$0.52</b>	<b>55%</b>
<b>Guinée</b>	<b>1993</b>	<b>13.600</b>	<b>\$0.25</b>	<b>38%</b>
<b>Côte d'Ivoire</b>	<b>1994</b>	<b>13.500</b>	<b>\$0.09</b>	<b>24%</b>
<b>Guinée Bissau</b>	<b>1995</b>	<b>7.800</b>	<b>\$0,19</b>	<b>32%</b>
<b>Mali rural</b>	<b>1994</b>	<b>10.000</b>	<b>\$0.67</b>	<b>51%</b>
<b>Mali urbain</b>	<b>1994</b>	<b>15.000</b>	<b>\$1.53</b>	<b>54%</b>
<b>Sénégal</b>	<b>1994</b>	<b>9.000</b>	<b>\$0.56</b>	<b>50%</b>

...Mais quels coûts?

# Accès et utilisation des services

- demande induite par les prestataires
- coûts d'opportunité/indirect et demande « frivole », les moins pauvres ne sont pas gênés
- coordination des niveaux de paiement
- très controversé mais beaucoup plus d'études négatives que positives



Ridde, 2003

## Zaïre :

- réduction de l' utilisation de 40% sur la période 1987-1991
- de 18% à 32% de cette baisse seraient dus au coût du service

(Haddad et Fournier, 1995)

# L' effet en terme d' équité

- Barrière financière
- Augmentation du délais avant de consulter et ses conséquences
- Réseau traditionnel?
- Rétention locale des revenus?
- Exemptions oubliées ou/et inefficaces



# Les mutuelles de santé

- Sélection des risques et sélection adverse
- Augmentation de l' utilisation des services
- Génération de revenus insignifiante
- Taux de pénétration très faible
- Exclusion des plus pauvres
- Initiative exogène vs solidarité endogène

6

# ORIGINES ET FONDEMENTS DE L'ABOLITION DU PAIEMENT DIRECT



# Pourquoi abolir le paiement direct ?

- Mode de financement le plus régressif
- Accroissement du fardeau financier pour les plus pauvres
- Stigmatisation et message d'exclusion sociale

# Un peu d'histoire récente

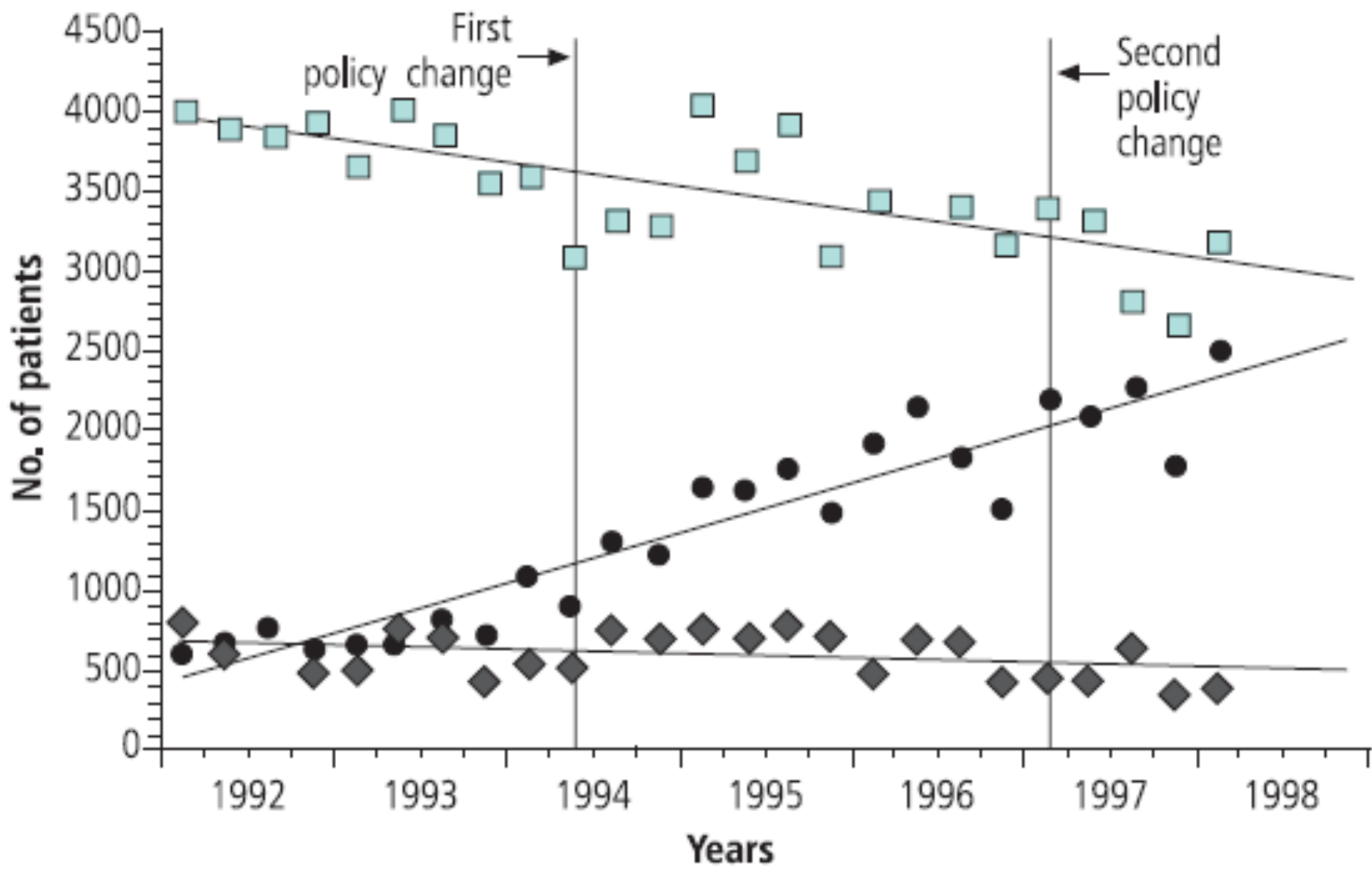
- 2001 : US Gov demande au Congrès de s'opposer à tout prêt ou aide conditionnels au paiement direct
- 2002 : BM => Soins de base gratuits
- 2003 : DAC/OCDE : SSP gratuits
- 2005 : Sommet G8 => SSP sans frais
- 2005 : OMS = > nécessaire pour l'atteinte des OMD
- 2005 : *Commission for Africa* => soutenir les pays qui abolissent le paiement

# Expériences d'abolition

- Afrique du Sud
  - 1994 : pour les enfants de moins de 5 ans
  - 1997 : tous les soins de santé primaires
- Uganda
  - 2001 : tous les services gratuits
- Zimbabwe
  - 1995 : centres de santé ruraux
- Madagascar
  - 2002 : temporaire pour le moment
- Kenya : 2004
- Zambie : avril 2006
- Malawi : mars 2006

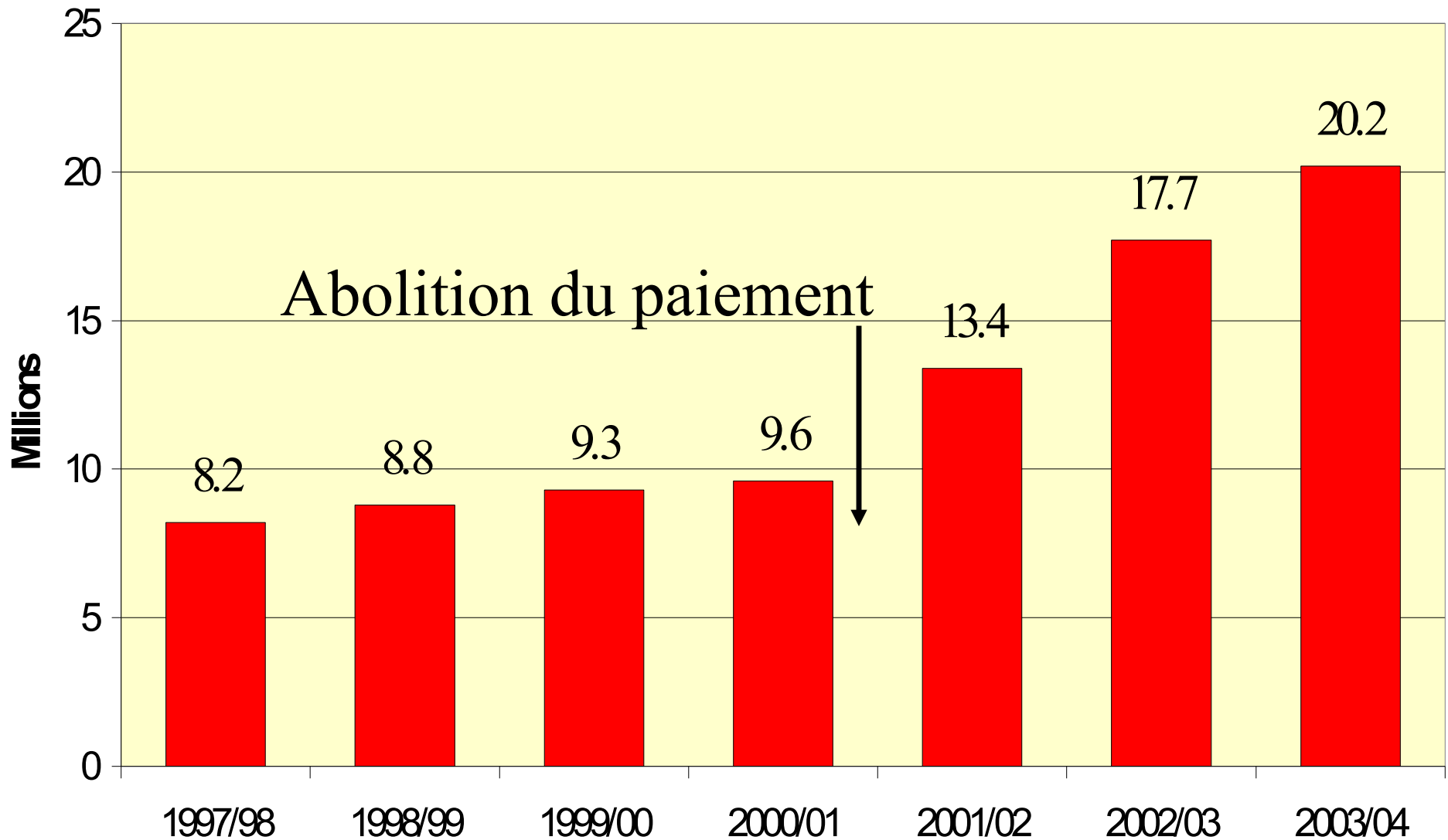
7

EFFETS DE L'ABOLITION  
DU PAIEMENT DIRECT

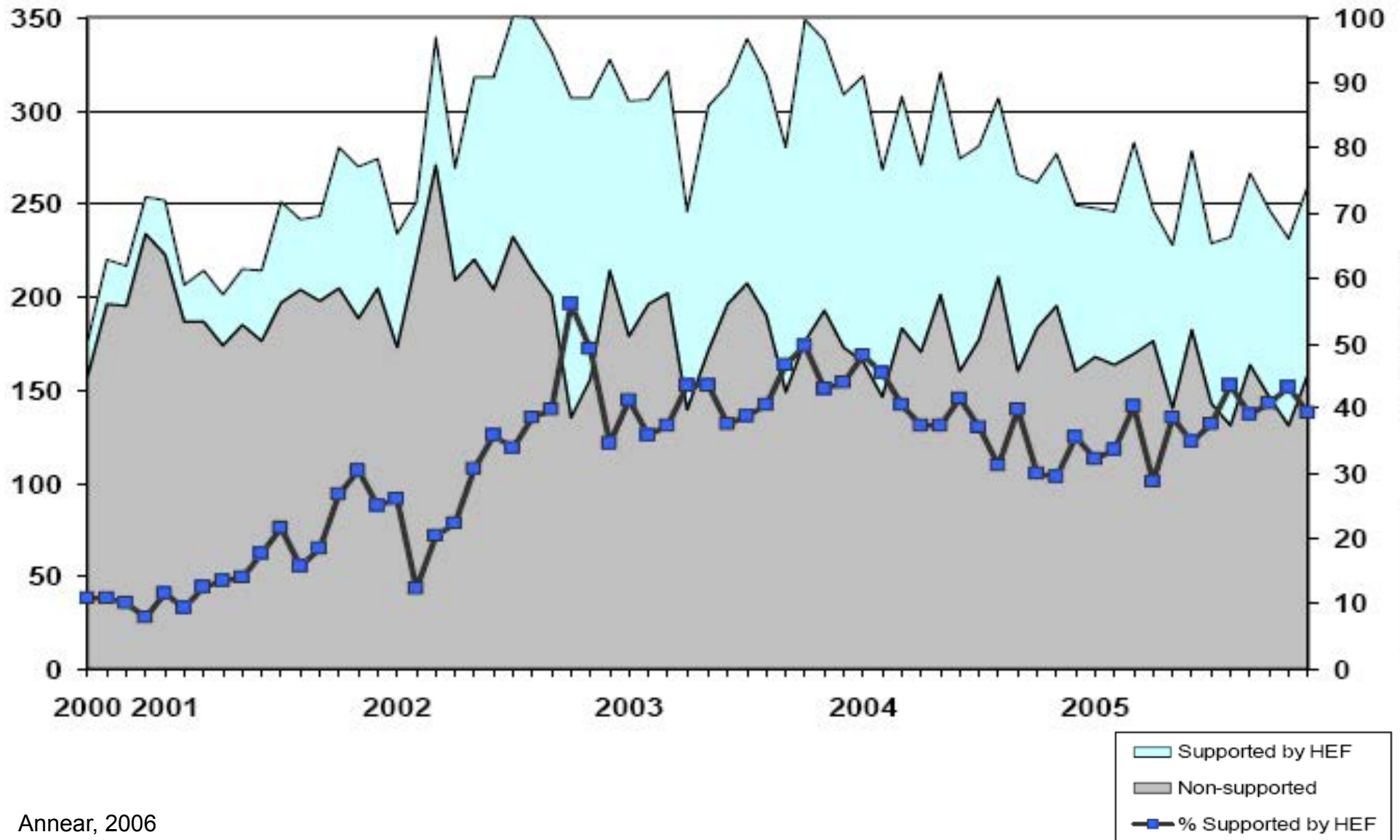


■ Care of children aged under 6 years    
 ● Curative services    
 ◆ Antenatal care

Ouganda : nombre de nouvelles consultatives curatives dans les formations sanitaires publiques et privées sans profit



# Les fonds d'équité



# Effets négatifs

- Réduction de l' utilisation des services préventifs en Afrique du Sud mais pas en Ouganda
- Réduction des temps de consultation
- Accroissement de la charge de travail
- Incompréhension/blocage du personnel de santé



# Abolition :

## nécessaire mais pas suffisant

- Leadership et volonté politique
- Coordination, préparation, mise en oeuvre
- Information, dialogue, partage
- Financement et/ou décentralisation de type IB (avec mécanismes pour les indigents?)
- Disponibilité des médicaments
- Mécanisme de suivi et d'évaluation

8

CONCLUSION

# En conclusion : technique

- Le paiement direct est le mode de financement le plus inéquitable
- L'abolition ou l'absence d'instauration du paiement direct aura une incidence immédiate sur l'utilisation des services de santé...
- ...si et seulement si, une stratégie est organisée et les ressources maintenues ou augmentées

# En conclusion : politique

- Un système de santé est aussi un système social et la médecine n'est pas là pour produire la pauvreté « *iatrogenic poverty* » (Meessen et al., 2003)
- Reconstruire l'État s'est aussi redonner confiance aux populations à l'égard de son système de santé dont le financement doit être public => investir dans la santé (15% du budget)



# Inefficacité des exemptions

	<b>Proportions (%) de gratuité donnée aux :</b>	
	<b>Pauvres</b>	<b>Non-pauvres</b>
	<small>(25 % plus bas revenus)</small>	<small>(75 % plus haut revenu)</small>
BURKINA FASO (1994)	25	75
NIGER (1992/1993)		
Avant le recouvrement des coûts	14	85
Après le recouvrement des coûts	27	73
SENEGAL (1991-92)		
Poste de santé (public)	28	72
Centre de santé ou hôpitaux (public)	12	88

(Leighton et Diop, 1995)

- **Ratios dépenses de santé/richesse**
  - 56.4% des ménages ont un ratio supérieur à 5%

<i><b>RICHESSSE</b></i>	<i><b>Dépenses de santé</b></i>
<b>1 – pauvres (n=25)</b>	<b>29.70%</b>
2 (n=26)	11.20%
3 (n =26)	9.95%
<b>4 – riches (n=24)</b>	<b>7.02%</b>
<i>valeur p</i>	<i>0,000</i>