

Sécurité sociale française et coopération Nord-Sud : mise en place d'une assurance maladie en Tanzanie

French social security and North-South cooperation: Installing a health insurance program in Tanzania

Stoffel V¹, Duthilleul PY²

Résumé

Objectifs : Décrire le processus d'élaboration du panier de soins de l'assurance maladie par les experts français. Ce processus a été présenté aux cadres supérieurs du National social security fund à Dar es-Salaam, en juin 2003.

Méthode : Etude menée en Tanzanie en juin 2003 en modélisant le coût de l'assurance maladie du National social security fund (uniquement dans sa composante ambulatoire) à partir des données démographiques, épidémiologiques et économiques disponibles sur le terrain.

Résultats : La Tanzanie a déplacé depuis 1993 la charge du coût des soins de l'Etat vers certains usagers du système sanitaire public. Le National social security fund, organisme public obligatoire de sécurité sociale, a décidé de lancer une assurance maladie. Selon notre modèle et nos hypothèses, le coût de la composante ambulatoire de l'assurance maladie a représenté entre 20 % à 60 % des ressources disponibles.

Conclusion : Le National social security fund se doit de faire des choix quant à son panier de soins de base : couverture ambulatoire ou ambulatoire et hospitalière ? Capitation ou prise en charge à l'acte ? Le National social security fund se doit également de mettre en place des bases de données fiables pour mieux connaître sa population protégée et son comportement de consommateur de soins. Par la mise en place d'une assurance maladie, le National social security fund contribuera à rompre le cercle vicieux "maladie-pauvreté" et permettra d'améliorer le niveau de développement de la Tanzanie.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(3):227-36

Mots clés : coopération internationale ; assurance maladie ; France ; Tanzanie

Summary

Aims: To describe the process used by French experts for developing the entire scope of healthcare benefits to be covered by the health insurance fund. This procedure was presented to the high-level management of the National social security fund in Dar es-Salaam in June 2003.

Method: This study was undertaken in Tanzania in June 2003 and modeled the cost of health insurance in the National social security fund (its ambulatory component exclusively) by using all the local demographic, epidemiologic and economic data available.

Results: Since 1993, Tanzania has transferred the cost of healthcare from the state towards some of the beneficiaries of the public medical sector. The National social security fund, a mandatory public agency of social security, has decided to implement a health insurance program. According to our model and our assumptions, the cost of the ambulatory component of health insurance would utilize approximately 20 to 60 % of available resources.

Conclusion: The National social security fund has to make clear choices concerning the scope of healthcare benefits it wants to cover: only outpatient care or both outpatient and inpatient coverage? Capitation or fee for service? The National social security fund also needs to develop reliable databases in order to better understand the population it covers and the behavior of those who use the care. By instituting health insurance, the National social security fund will help break the vicious circle of "disease-poverty" and contribute to improving the level of Tanzania's development.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(3):227-36

Key words: international cooperation; health insurance; France; Tanzania.

¹ Médecin-conseil, Echelon local du service médical de Mulhouse (CNAMTS).

² Directeur adjoint, Caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a prôné "la santé pour tous" à l'horizon 2000. La santé n'a pas de prix mais un coût. Ce concept s'applique de manière aiguë dans les pays en voie de développement (PVD) du fait d'un lien de causalité à double sens entre la pauvreté et la mauvaise santé [1]. Corrélativement cette double causalité se retrouve entre l'accroissement économique et l'amélioration des indicateurs sanitaires [2]. Dans les PVD, la première source de financement du secteur sanitaire provient de l'utilisateur du système de soins [3]. Le financement privé est à l'origine de dépenses mettant les ménages en péril quand trois facteurs sont réunis : la pauvreté ; l'accessibilité et l'utilisation d'un système de soins ; le déficit des mécanismes sociaux neutralisant le risque économique [4]. Une solution réside dans la mise en place d'une assurance maladie.

La République Unie de Tanzanie est un PVD d'Afrique de l'Est, devenu indépendant en 1961, formé d'une partie continentale et d'une partie insulaire (îles de Zanzibar, Pemba et Mafia). Sa capitale économique est Dar es-Salaam (havre de paix) et sa capitale administrative Dodoma. Le régime est présidentiel avec multipartisme depuis 1992. Sa monnaie est le shilling tanzanien (ShT)¹. Sa population est aujourd'hui estimée à 35 millions d'habitants dont 15 millions d'actifs [5].

Le tableau I compare la Tanzanie et la France avec des indicateurs usuels [6].

Tableau I
Comparaison d'indicateurs entre la Tanzanie et la France.

Indicateurs	Tanzanie	France
Superficie (km ²)	945 000	551 000
Population	36 000 000	60 000 000
Accroissement démographique annuel (%)	1,9	0,5
Indice de fécondité (enfants/femme)	5,11	1,89
Espérance de vie à la naissance (années)	44	79
Alphabétisation des adultes (%)	76	99
Produit intérieur brut par habitant (US Dollar)	520	24 000
Indice de développement humain (IDH)	0,400	0,925
Rang IDH sur 175 pays classés	160	17

Depuis l'introduction en 1993 du paiement des soins par certains usagers dans les hôpitaux publics, la Tanzanie a transféré le fardeau du coût des soins de l'Etat vers les usagers.

¹ 1000 ShT = 1 US Dollar = 0,83 Euros

Néanmoins les patients souffrant de pathologies relevant de programmes gouvernementaux et ceux reconnus impécunieux sont toujours pris en charge par l'Etat. Le gouvernement recherche aujourd'hui un partage effectif des coûts entre l'Etat et les systèmes de protection sociale. La médecine traditionnelle reste plus accessible que les soins biomédicaux [7]. Deux raisons expliquent ce paradoxe : la compensation en nature ou le crédit ; l'implication du réseau social quant aux frais du thérapeute alors que le coût de la biomédecine ne concerne que la famille nucléaire. L'insatisfaction des patients en milieu rural, avec les fournisseurs étatiques de soins, transfère la demande de soins sur un marché émergent de prestations médicales privées. Celles-ci sont coûteuses, de qualité inégale [8] et renforcent la relation réciproque entre mauvaise santé et pauvreté. Cela appelle une intervention du gouvernement pour protéger les consommateurs et développer de nouveaux marchés privés tels l'assurance maladie, les analyses biologiques ou d'autres services paramédicaux [9]. En Tanzanie, les ménages font face non seulement à des disparités géographiques mais également à des problèmes d'autofinancement des soins. Ainsi, la mutualisation du risque maladie par une assurance peut prévenir l'appauvrissement inhérent aux "dépenses de santé catastrophiques" [10]. En 2001, la part privée des dépenses de santé représentait 53,3 % (dont 83,1 % à la charge directe des ménages) et la part publique 46,7 % (sans prise en charge par l'assurance maladie) de la dépense totale [11]. Le gouvernement a fait voter en 1997 le National social security fund act (loi du Fonds national de sécurité sociale) transformant le National provident fund (Fonds national de prévoyance), établi en 1964, en une sécurité sociale pour les salariés du secteur privé et ceux non couverts par un autre régime [5]. Le National social security fund (NSSF) a la charge de mettre en place des prestations de sécurité sociale dont une d'assurance santé sociale (Social health insurance benefit : SHIB) i.e. une assurance maladie. Parmi une mosaïque de six organismes sociaux, le NSSF est le plus important. Il concerne environ 450 000 assurés pour 15 000 employeurs [5] avec des taux de cotisations sur les salaires répartis à 10 % pour les employeurs et à 10 % pour les salariés.

Le NSSF act prévoit sept prestations classées en prestations à court et à long terme. Ces dernières sont les pensions de retraite (à 60 ans), d'invalidité et de survivant d'un assuré décédé. Celles à court terme sont le capital décès, les assurances maternité et accident de travail/maladies professionnelles et le SHIB. En 2003, toutes les prestations ont été versées sauf le SHIB. Sur l'assiette patronale et salariale de 20 %, le SHIB est statutairement limité à 6,25 % soit 31,25 % des cotisations

sociales recouvrées par le NSSF.

Le système français de sécurité sociale présente des caractéristiques originales dont l'équité dans l'accès aux soins. L'expertise technique acquise par les professionnels de la protection sociale leur permet de réaliser des missions d'assistance technique. Ainsi l'Agence pour le développement et la coordination des relations internationales (ADECRI)² a fait appel à la Caisse primaire centrale d'assurance maladie (CPCAM) des Bouches-du-Rhône pour assurer un soutien technique à la mise en place du SHIB. Une première mission exploratoire en mars 2003 a permis de faire le point sur l'avancée globale des projets du NSSF et de repérer les domaines où l'intervention des représentants français pouvait être la plus efficace. A côté du support technique sur l'organisation et l'informatique (mission en mai 2003), le directeur adjoint de la CPCAM des Bouches-du-Rhône, maître d'œuvre de la mission, a ciblé une action visant à définir un périmètre de soins qu'il serait pertinent de prendre en charge dans le contexte sanitaire au vu des limites financières imposées au NSSF. Le travail nécessitait une approche médicale adaptée pour trouver et exploiter en une semaine sur place un ensemble de données démographiques, épidémiologiques et économiques afin de définir le panier de soins³ et d'entamer une négociation avec les offreurs de soins. Un médecin-conseil qualifié en santé publique et en pathologie tropicale a donc participé à cette mission en juin 2003.

L'objectif était de décrire le contexte sanitaire tanzanien et le processus d'élaboration du panier de soins du SHIB.

Le résultat de ce travail a été présenté par la mission française en juin 2003 aux cadres supérieurs du NSSF à Dar es-Salaam.

MÉTHODES

La méthode utilisée s'est adaptée itérativement aux contraintes du terrain découvertes sur place. L'idée de départ était de modéliser le coût du SHIB uniquement dans sa composante de soins ambulatoires (représentant la majorité du fardeau dans les PEV) par la formule suivante :

Coût du SHIB = $\sum N_i O_{ij} C_{ij}$ avec i , indice décrivant les classes d'âge d'effectif N_i de la population protégée et j , indice décrivant les pathologies rencontrées avec une incidence annuelle O_{ij} et un coût C_{ij} par épisode morbide traité en ambulatoire pour la classe d'âge i et la pathologie j . Par exemple, si $j = 1$ correspondait au paludisme, O_{21} et C_{21} étaient respectivement l'incidence

annuelle du paludisme et le coût d'un épisode palustre traité en ambulatoire pour la classe d'âge $i = 2$. Le coût du SHIB résultait de la somme (Σ) des coûts attribués à chaque classe d'âge.

Toutes les pathologies relevant de programmes gouvernementaux et prises en charge par l'Etat ont été exclues : VIH/sida, tuberculose et lèpre, cancer, épidémies, protection maternelle et infantile, santé mentale et maladies vénériennes.

A l'origine, notre modèle prévoyait quatre classes d'âge : moins de un an, un à cinq ans, cinq à quinze ans et plus de quinze ans. Le choix de cette partition, classique dans les PVD, reposait sur une double logique : alternative efficace lors d'imprécisions sur la date de naissance et découpage médical pertinent en nourrisson, petit et grand enfant puis adulte.

Notre modèle a été utilisé sous trois hypothèses de structure démographique de la population protégée par le NSSF. Les données épidémiologiques étant fournies pour deux classes d'âge ("moins de cinq ans" et "cinq ans et plus"), il a été nécessaire de modifier en conséquence notre projet de modélisation.

1. Recueil et traitement des données

Les données ont été recueillies et traitées sur le terrain lors d'une semaine de mission à Dar es-Salaam en juin 2003. Le modèle a été présenté aux prestataires de soins publics et privés puis aux décideurs du NSSF.

2. Sources des données

a) Données démographiques

Elles ont été exploitées pour les assurés à partir de celles fournies par le NSSF. L'effectif de la population protégée a été extrapolé à partir de l'effectif des assurés en le multipliant par quatre car le NSSF ne connaissait pas l'effectif des ayants droit. Les statisticiens du NSSF ont estimé la famille moyenne protégée à quatre membres alors qu'elle pouvait, réglementairement, en compter six : le NSSF act autorise chaque assuré à choisir dans sa famille un(e) époux(se) et quatre enfants comme ayants droit. Néanmoins, nous avons également envisagé une hypothèse de maximisation du coût avec six membres par famille.

La répartition selon trois classes d'âge ("moins de cinq ans" ; "cinq à quinze ans" ; "plus de quinze ans") a été obtenue à partir de la zone géographique sentinelle de Rufiji (Rufiji district demographic surveillance system

² <http://www.adecri.org/>

³ Liste des biens et services de santé pris en charge par le SHIB

area : Rufiji DSS area). Ces données démographiques, extraites de l'année 2000, ont été appliquées à l'une de nos hypothèses.

b) Données sanitaires et épidémiologiques

Elles ont été recueillies auprès du Ministry of health (Ministère de la santé). En Tanzanie, chaque structure de soins a l'obligation légale de recenser par trimestre et annuellement les données médicales concernant son activité ambulatoire et ses hospitalisations selon deux classes d'âge : "moins de cinq ans" et "plus de cinq ans". Ces données épidémiologiques sont rassemblées chaque année dans le "Health statistics abstract".

Les données épidémiologiques de notre étude ont été enregistrées en 2000.

c) Données économiques

Nous avons exploité deux sources : les données du NSSF pour le recouvrement des cotisations sociales sur la base des salaires et celles du Muhimbili national hospital (hôpital public universitaire de Dar es-Salaam) pour le coût ambulatoire de la prise en charge des pathologies.

3. Nos hypothèses de travail

Nous avons envisagé trois hypothèses :

- la population protégée par le NSSF se calquait sur la structure démographique du Rufiji DSS area en 2000 pour une famille protégée de quatre membres (cf. paragraphe a) : c'était l'hypothèse basse ou hypothèse démographique ;
- la population protégée par le NSSF maximisait ses cotisations sociales en intégrant trois personnes de "moins de cinq ans" (classe d'âge la plus coûteuse en soins) par assuré pour une famille protégée de quatre membres (cf. paragraphe a) : c'était l'hypothèse moyenne ou hypothèse de l'antisélection⁴ ;
- la population protégée par le NSSF maximisait ses cotisations sociales en intégrant quatre personnes de "moins de cinq ans" (classe d'âge la plus coûteuse en soins) et un(e) conjoint(e) par assuré pour une famille protégée de six membres (cf. paragraphe a) : c'était l'hypothèse haute ou hypothèse de l'antisélection majorée.

RÉSULTATS

1. Contexte sanitaire

Après l'indépendance, une nouvelle répartition des structures de santé a été opérée en faveur des zones rurales.

Elle s'est accompagnée de l'introduction de la gratuité des soins dans les établissements publics. Seules quelques rares structures privées à but lucratif existaient dans les grandes villes. En 1977, une loi les a interdites et a prohibé l'activité libérale des médecins et des chirurgiens-dentistes. En 1991, un amendement a autorisé à nouveau cette activité dans des structures à but lucratif après avis favorable du Ministry of health. A partir de 1993, le paiement des soins a été introduit pour certains usagers dans les hôpitaux de référence publics (cf. infra) puis dans les structures de niveau inférieur dans les années suivantes. Le programme de réforme du secteur de santé, initié en 1994, a insisté sur la décentralisation des services de santé et sur le transfert du financement de l'Etat vers les usagers. Il a incité à la mise en place d'une assurance maladie et a suggéré aux structures non publiques de renforcer les structures publiques de soins là où elles faisaient défaut. L'éducation sanitaire s'est développée en ciblant les populations scolaires et en investissant les mass media, la formation des adultes et la distribution de matériel pédagogique en base communautaire.

L'organigramme sanitaire comprend six niveaux (autorisant le transfert des cas difficiles par un niveau n au niveau $n+1$) se superposant au découpage administratif du pays :

- Village health posts (unités villageoises de santé) comprenant, par village, deux animateurs sanitaires secouristes dispensant des conseils à domicile voire des soins curatifs ;
- Dispensaries (dispensaires) s'adressant à un bassin de 5 000 personnes et disposant d'une infrastructure animée par un(des) agent(s) de santé (aide-soignant ou infirmier) et permettant les soins de première ligne en ambulatoire ;
- Health centres (centres de santé) s'adressant à un bassin de 50 000 personnes et disposant d'une infrastructure animée par un médecin et par des agents de santé permettant des hospitalisations, des accouchements et des examens biologiques ;
- District hospitals (hôpitaux de district) disposant d'une infrastructure permettant les hospitalisations en médecine, chirurgie et maternité et animée par un(des) médecin(s) et des agents de santé ;
- Regional hospitals (hôpitaux de région) offrant une plus grande variété de disciplines médico-chirurgicales que le niveau inférieur et s'adressant à l'entité régionale ;
- Referral hospitals (hôpitaux de référence) et specialized hospitals (hôpitaux spécialisés) représentant le plus haut niveau de services hospitaliers avec quatre hôpitaux de référence nationale dont le Muhimbili national hospital pour l'ouest du pays et quatre hôpitaux spécialisés (santé mentale, tuberculose, cancer et orthopédie-traumatologie).

⁴ Dans un contexte d'assurance, l'antisélection est la tendance des personnes présentant un risque plus élevé que la moyenne à vouloir s'assurer ou s'assurer plus : dans notre exemple, le chef de famille choisira ses ayants droit de "moins de cinq ans" plutôt que ceux de "cinq ans et plus".

Cette pyramide dans le secteur publique a été largement renforcée par le secteur parapublic, par le secteur à but non lucratif (organisations non gouvernementales confessionnelles ou non) et depuis 1991 par le secteur privé.

En 1995, la Tanzanie comptait pour 100 000 habitants : 4,1 médecins ; 85,2 agents de santé ; 44,8 sages-femmes et 0,7 dentiste.

2. Données démographiques

Pour l'année 2000, l'effectif des assurés du NSSF s'élevait à 325 000, soit une population protégée de 1 300 000 personnes pour une famille NSSF type de quatre membres.

Selon le Rufiji DSS area (figure 1), la population était répartie en 2000 comme suit :

- chez les hommes, 17 % avaient moins de cinq ans, 30 % entre cinq et quinze ans et 53 % plus de quinze ans ;
- chez les femmes, 16 % avaient moins de cinq ans, 26 % entre cinq et quinze ans et 58 % plus de quinze ans.

En agrégeant les valeurs "masculin" et "féminin" de la variable "sexe" et en agrégeant les classes "5-15 ans" et "supérieur à 15 ans" de la variable "âge", la structure de la population du Rufiji DSS Area en 2000, du fait d'un sex ratio proche de 1, nous donnait 16,5 % pour les "moins de cinq ans" et 83,5 % pour les "cinq ans et plus". Cette répartition nous permettait d'intégrer les données épidémiologiques (uniquement en deux classes d'âge) aux données démographiques.

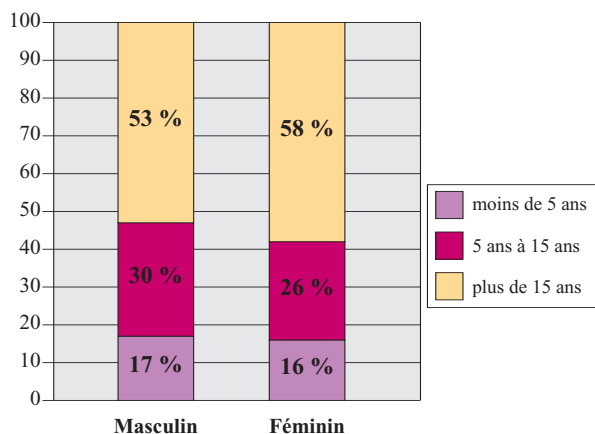


Figure 1. La répartition des six classes de la population tanzanienne du Rufiji DSS Area en 2000.

3. Données épidémiologiques

Pour les "moins de cinq ans", représentant 5,7 millions de personnes, 4 315 569 consultations ambulatoires ont été enregistrées pour 149 372 hospitalisations, ces der-

nières comptant pour 3,3 % de l'activité totale. Pour les "cinq ans et plus", représentant 29,3 millions de personnes, 6 746 383 consultations ambulatoires ont été enregistrées pour 94 965 hospitalisations, ces dernières représentant 1,4 % de l'activité totale.

Les incidences annuelles des pathologies ambulatoires par classe d'âge ont été représentées dans les tableaux II et III. Les incidences du paludisme et des infections des voies aériennes supérieures (VAS) étaient significativement plus élevées chez les "moins de cinq ans" que chez les "cinq ans et plus" au niveau de l'ensemble de la population tanzanienne : risque relatif à 3,75 pour le paludisme et à 3,78 pour les infections des VAS.

Tableau II
Incidences annuelles des pathologies ambulatoires chez les "moins de cinq ans" en Tanzanie en 2000.

Diagnostic ambulatoire	Incidences annuelles pour 100 tanzaniens de "moins de 5 ans"
Paludisme	29
Infection des VAS ^a	11
Diarrhée infectieuse	6
Pneumopathie	6
Infection oculaire	4
Verminose intestinale	3
Anémie	2
Infection cutanée	2
Otite	1
"Petite chirurgie"	1
Tous les autres diagnostics	10

^a VAS : Voies aériennes supérieures.

Tableau III
Incidences annuelles des pathologies ambulatoires chez les "cinq ans et plus" en Tanzanie en 2000.

Diagnostic ambulatoire	Incidences annuelles pour 100 tanzaniens de "5 ans et plus"
Paludisme	8
Infection des VAS ^a	3
Diarrhée infectieuse	1
Pneumopathie	1
Verminose intestinale	1
"Petite chirurgie"	1
Infection oculaire	0,8
Infection urinaire	0,5
Maladie inflammatoire du pelvis	0,3
Schistosomiase	0,2
Tous les autres diagnostics	7

^a VAS : Voies aériennes supérieures.

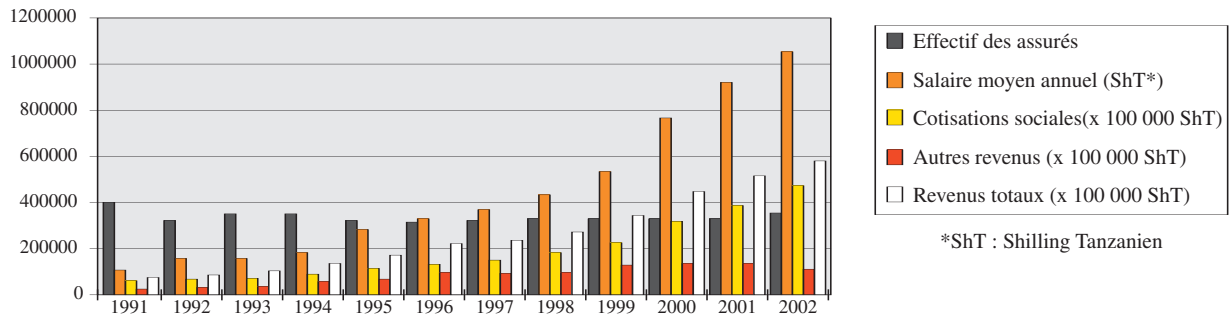


Figure 2. Les différentes recettes du National social security fund depuis 1991 (Tanzanie).

4. Données économiques

L'évolution des recettes du NSSF a été représentée sur une série chronologique (figure 2) intégrant de 1991 à 2002 le nombre d'assurés, le salaire moyen annuel, les cotisations sociales, les autres revenus (essentiellement immobilier) et les revenus totaux. Le nombre de salariés a oscillé entre 310 000 et 400 000 pendant la période retenue. Les cotisations sociales récoltées par le NSSF ont crû de 5 milliards de ShT en 1991 à 47 milliards en 2002 de la même manière que le salaire moyen annuel passant de 102 407 ShT à 1 057 035 ShT entre 1991 et 2002. Les revenus totaux du NSSF ont évolué de 7 milliards de ShT en 1991 à 58 milliards en 2002. Les ressources du NSSF pour 2000 ont été de 45 milliards de ShT dont 32 milliards de cotisations sociales et 13 milliards d'autres revenus (immobiliers principalement). Sur les 32 milliards de cotisations sociales, 10 milliards (31,25 %) pouvaient être mobilisés pour le SHIB.

Le tableau IV a mis en évidence le coût ambulatoire du diagnostic et du traitement des pathologies les plus fréquentes, tous âges confondus, au Muhimbili national hospital.

Tableau IV
Coût ambulatoire par pathologie au Muhimbili Medical Centre, tout âge confondu (Dar es-Salaam, Tanzanie).

Pathologie	Coût ambulatoire en ShT ^a (en €)
Petite chirurgie	7 500 (6,25)
Otite	7 500 (6,25)
Paludisme	6 000 (5,00)
Pneumopathie	6 000 (5,00)
Infection des VAS ^b	5 000 (4,17)
Diarrhée infectieuse	5 000 (4,17)
Anémie	5 000 (4,17)
Schistosomiase	5 000 (4,17)
Tous les autres diagnostics	5 000 (4,17)
Infection urinaire	4 000 (3,33)
Maladie inflammatoire du pelvis	4 000 (3,33)
Verminose intestinale	3 000 (2,50)
Infection cutanée	3 000 (2,50)
Infection oculaire	1 000 (0,83)

^a ShT : Shilling Tanzanien.

^b VAS : Voies Aériennes Supérieures.

En combinant (produit matriciel) les tableaux II et IV puis III et IV, on pouvait appréhender le coût ambulatoire annuel global : 389 000 ShT pour 100 tanzaniens de « moins de cinq ans » et 124 500 ShT pour 100 tanzaniens de « cinq ans et plus ».

5. Coût du SHIB pour les soins ambulatoires

Il a été calculé pour les trois hypothèses (basse, moyenne et haute) et figure dans le tableau V.

DISCUSSION

1. Validité des résultats

Cette mission a nécessité de faire un état des lieux auprès du NSSF en Tanzanie, puis de bâtir un modèle de coût des soins pris en charge par le SHIB en intégrant les données les plus récentes disponibles sur place. Cette étude a nécessité de s'adapter en permanence aux contraintes du terrain quant à la disponibilité ou non des données statistiques nécessaires. Ainsi notre modèle a évolué de quatre classes d'âge initialement à deux classes d'âge.

Nos chiffres émanaient de sources différentes mais tous concernaient l'année 2000.

La méconnaissance de la structure démographique de la population protégée par le NSSF nous a contraints d'abord à envisager une hypothèse démographique. Ensuite nous avons modifié, dans le cadre d'hypothèses de maximisation des coûts par antisélection, la structure démographique de la population protégée pour surreprésenter la classe d'âge présentant le risque le plus élevé. L'hypothèse basse (extrapolant la structure démographique du Rufiji DSS area à celle de la population protégée par le NSSF) a certainement représenté un biais car la population du NSSF comporte par définition un salarié par famille protégée et elle est donc susceptible d'avoir une structure différente de celle du Rufiji DSS area. Les deux autres hypothèses démographiques sont des hypothèses «mécaniques» de maximisation dont le but est de valider la solvabilité du SHIB ambulatoire sous les contraintes démographiques les plus délétères.

Tableau V
Les trois hypothèses du coût du Social health insurance benefit (SHIB) ambulatoire (Tanzanie - 2003).

		Hypothèses		
		basse	moyenne	haute
Famille type protégée		1 assuré + 3 enfants	1 assuré + 3 enfants de < 5 ans	1 assuré + 1 conjoint(e) + 4 enfants de < 5 ans
Personnes protégées (PP)	Assurés	325 000	325 000	325 000
	Ayants droit	975 000	975 000	1 625 000
Structure démographique des PP	"cinq ans et plus"	1 085 500 (83,5 %)	325 000 (25,0 %)	650 000 (33,3 %)
	"moins de cinq ans"	214 500 (16,5 %)	975 000 (75,0 %)	1 300 000 (66,7 %)
Coût annuel du SHIB ambulatoire		2 200 millions ShT ^a (1,8 millions €)	4 200 millions ShT ^a (3,5 millions €)	5 900 millions ShT ^a (4,9 millions €)
SHIB ambulatoire /Ressources SHIB		22 %	42 %	59 %

^a ShT : Shilling tanzanien.

Les assurés du NSSF ne sont pas représentatifs de la population tanzanienne car, salariés, ils sont susceptibles d'avoir des revenus plus confortables et donc d'être en meilleure santé [1, 2]. Ainsi l'utilisation de statistiques sur la Tanzanie entière représentait un modèle épidémiologique majorant le poids de la maladie chez les assurés du NSSF. Mais il est possible que ces mêmes assurés, bien qu'en meilleure santé que le tanzanien moyen, consultent paradoxalement plus.

Nous ne disposons pas du coût ambulatoire par épisode pathologique selon les deux classes d'âge mais d'un coût forfaitaire par pathologie fourni par le Muhimbili national hospital. Il a également représenté un facteur de maximisation des coûts permettant d'éprouver le modèle sous une contrainte supplémentaire car la prise en charge d'une pathologie courante dans une structure universitaire est plus onéreuse que dans les autres structures de soins du pays.

Le modèle du coût du SHIB n'a tenu compte que du coût des soins ambulatoires. Cette stratégie nous a permis de tester la viabilité du SHIB uniquement en ambulatoire. Mais elle nous laisse augurer de l'extension du SHIB à l'hospitalisation qui représentait en 2000, 3,3 % et 1,4 % de l'activité totale respectivement pour les « moins de cinq ans » et les « cinq ans et plus ».

2. Interprétation des résultats

a) Contexte sanitaire

Le contexte sanitaire est synchrone du climat politique du pays. Après l'indépendance en 1961 et jusqu'en 1985, le pays a été gouverné par Julius Nyerere qui l'a orienté sur la voie d'un socialisme original. Pendant cette période, l'objectif était d'édifier une société sans classes, ni discrimina-

tions raciales, donnant des chances égales à tous grâce à la gratuité des dispensaires, de l'éducation, etc. A partir de 1990, cet objectif a été révisé avec la création du multipartisme et le passage à une économie de marché. L'activité libérale des professionnels de santé a été autorisée dès 1991 et le paiement des soins par certains patients dès 1993. Actuellement l'accès aux soins n'est plus gratuit [12].

L'organigramme sanitaire tanzanien actuel a un socle reposant sur les concepts de Julius Nyerere, promoteur de l'intégration sous contrôle communautaire de tous les services au sein du village : les unités villageoises de santé. Pour le reste, dans la structure pyramidale, le secteur public est logiquement surreprésenté aux différents niveaux. Une compensation par le secteur à but non lucratif de cette surreprésentation s'exerce au niveau des hôpitaux de district et des centres de santé et, par ce même secteur et le secteur privé, au niveau des dispensaires. L'explication est simple : l'investissement de base dans un dispensaire correspond à un plateau technique de cabinet médical alors que les centres de santé et les hôpitaux de district nécessitent un environnement difficile à financer par un individu privé. Le secteur privé, *a contrario*, a investi massivement surtout dans les laboratoires et dans les centres d'imagerie médicale où il est surreprésenté et cela dans les villes où les prestations offertes entrent directement en concurrence avec celles, moins compétitives, des structures publiques quand elles existent.

b) Données démographiques

L'effectif des assurés (figure 2) est stable autour de 325 000 à 350 000 individus depuis l'entrée en vigueur en juillet 1998 du NSSF act.

La répartition démographique de la population tanzanienne en 2000 du Rufiji DSS area est typique d'une structure démographique de PVD avec un âge médian situé à 15 ans environ.

c) Données épidémiologiques

Les tableaux II et III mettent en évidence une similitude parfaite entre les deux classes d'âges pour les quatre diagnostics les plus fréquents dans les PVD : paludisme, infections des voies aériennes supérieures (VAS), diarrhées infectieuses et pneumopathies. Un autre phénomène connu dans les PVD est l'incidence annuelle significativement plus élevée pour le paludisme chez les « moins de cinq ans ». La prémunition naturelle contre le paludisme repose sur des phénomènes immunitaires complexes ne protégeant qu'après l'âge de cinq ans [13]. D'autre part, l'immunité contre les germes respiratoires n'est acquise qu'au décours de la petite enfance quel que soit le pays. Cela explique l'incidence accrue des infections des VAS chez les « moins de cinq ans ». Les deux classes d'âge diffèrent au niveau de plusieurs pathologies. L'anémie, l'infection cutanée et l'otite seraient l'apanage des « moins de cinq ans » alors que l'infection urinaire, la maladie inflammatoire du pelvis et la schistosomiase celui des « cinq ans et plus ». Chez les « moins de cinq ans », c'est encore le paludisme (hémolyse aiguë entre cinq mois et cinq ans lors d'un accès à *Plasmodium falciparum*) et les carences alimentaires martiales qui sont les grands pourvoyeurs de l'anémie [14]. Les otites et les infections cutanées sont spécifiques des « moins de cinq ans » du fait d'une immunité infectieuse non constituée. L'infection urinaire, la maladie inflammatoire du pelvis (infections des organes génitaux féminins) atteignent les classes d'âge sexuellement actives d'où leur recensement dans la classe d'âge « cinq ans et plus ». La schistosomiase, contractée lors des bains en eau douce et se manifestant cliniquement après un temps de latence relativement long, intéresse donc les « cinq ans et plus ».

d) Données économiques

La figure 2 nous interpelle par l'évolution exponentielle des salaires moyens annuels pour les assurés du NSSF entre 1991 et 2002. Le salaire annuel moyen a décuplé. Qu'en est-il de l'économie durant cette période ? Le produit intérieur brut (PIB) par habitant (en US dollars) est passé de 240 en 1991 à 630 en 2002 [15] : il a donc été multiplié par 2,6. Cette différence tient à la spécificité de la population assurée par le NSSF : elle jouit du statut privilégié de salarié. Les cotisations sociales récoltées par le NSSF ont suivi la même tendance passant de cinq milliards de ShT en 1991 à 47 milliards en 2002. Le NSSF est actuellement dans une phase de recouvre-

ment des cotisations sociales avec, en contrepartie, peu de prestations délivrées : le SHIB n'est pas encore mis en place, les retraites versées restent marginales du fait du relatif jeune âge des assurés du NSSF. Avec un solde largement positif, le NSSF investit dans l'immobilier dont il tire un retour d'investissement se montant à une dizaine de milliards de ShT par an ces dernières années. Les revenus globaux du NSSF ont évolué de sept milliards de ShT en 1991 à 58 milliards en 2002.

Le tableau IV montre la relative cherté de la petite chirurgie nécessitant du temps et des consommables et de l'épisode d'otite pouvant impliquer des antibiotiques sophistiqués. La modicité du coût du traitement de l'infection oculaire (conjonctivite le plus souvent) est liée à l'utilisation d'un protocole de traitement topique à base de tétracycline en onguent.

Dans les PVD, les traitements sont standardisés, reposant sur des protocoles nationaux s'inspirant des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les médicaments figurent sur une liste nationale de médicaments essentiels, déclinée selon les recommandations de l'OMS.

e) Coût du SHIB pour les soins ambulatoires

Réglementairement, le SHIB dispose de 31,25 % des cotisations sociales recouvrées par le NSSF soit dix milliards de ShT en 2000. Notre modèle se limite au coût du SHIB quant aux soins ambulatoires. Il permet d'évaluer le ratio "dépenses SHIB ambulatoire / ressources disponibles pour le SHIB". Selon les trois hypothèses et sous la contrainte d'un système SHIB de remboursement des soins à l'acte, le coût du SHIB ambulatoire représente 22 %, 42 % ou 59 % des ressources disponibles. Quelle que soit l'hypothèse retenue, le coût du SHIB pour les soins ambulatoires pourra être pris en charge par le NSSF.

f) Définition du panier de soins couvert par le SHIB

- Le SHIB pourra-t-il prendre en charge la totalité des soins ?

Une fois les soins ambulatoires pris en charge par le SHIB, il restera entre quatre à huit milliards de ShT pour les soins hospitaliers. Peu de PVD disposent actuellement d'une comptabilité du système de soins cohérente avec les approches d'une comptabilité nationale [16]. Il est donc difficile d'extrapoler le coût des soins hospitaliers à partir de celui des soins ambulatoires sans connaître la répartition de ces deux coûts. Au vu de la volumétrie de la part hospitalière dans l'activité globale, il semble raisonnable de penser que le SHIB peut prendre en charge la totalité des soins courants (ambulatoi-

res et hospitaliers). Dans cette perspective, il faudrait préalablement préciser de manière explicite la liste de tous les risques exclus de la couverture SHIB et, cela, sous l'hypothèse d'absence d'émergence d'une pathologie non prise en charge par un programme national.

- Les modalités de prise en charge du panier de soins de base

Le principe de la capitation est plus à même de maîtriser les dépenses de soins mais génère des coûts inhérents à l'accréditation des fournisseurs de soins. La prise en charge à l'acte présente la caractéristique de mieux satisfaire la population protégée mais son contrôle est délicat. La capitation sous-entend un financement *a priori* impliquant une logique coût-efficacité des soins. Le paiement à l'acte, financé *a posteriori*, induit souvent une inflation d'actes au-delà de la justification médicale. Le choix pertinent pour un pays émergent réside dans un système par capitation donnant l'assurance d'une rémunération des soins aux professionnels mais nécessitant une excellente gestion du risque et permettant des économies d'échelle. L'effet pervers de la capitation serait de donner les pires soins au moindre coût afin de rentrer dans une logique de profit. Dans ce cas, le patient mécontent peut quitter le prestataire peu scrupuleux et s'inscrire ailleurs. L'implication de tous les acteurs (politiques ; décideurs institutionnels ; assurés ; fournisseurs de soins ambulatoires et/ou hospitaliers publics, à but non lucratif et privés) est nécessaire dès le début du projet dans le but de minimiser les conflits d'intérêts.

Le SHIB nécessite de mettre en place des bases de données fiables dans le but de mieux connaître la population protégée et son comportement de consommation de soins. Il est également opportun d'identifier les assurés et leurs ayants droit pour éviter certaines utilisations frauduleuses du SHIB.

Il paraît naturel que le management administratif du SHIB reste interne au NSSF. Le NSSF doit s'entourer d'un service de contrôle médical statuant sur la justification médicale des dépenses du SHIB et d'un service d'accréditation des fournisseurs de soins. Pour assurer la qualité du service rendu par le SHIB, le NSSF doit mettre en place un système d'assurance qualité avec une veille permanente du SHIB avec retours d'information et actions correctives. Ainsi un fournisseur de soins pourra voir son accréditation suspendue en cas de fraude ou de violation à ses engagements auprès du NSSF.

CONCLUSION

L'assurance santé sociale ou SHIB, prestation en cours de lancement par le NSSF (organisme assurant les salariés non fonctionnaires), est la réponse adéquate au

transfert de la charge des soins de l'Etat vers l'utilisateur des services sanitaires publics. Le NSSF réfléchit à la mise en place d'une assurance pour les travailleurs du secteur informel représentant plus de 90 % de la masse laborieuse en Tanzanie [17]. Ces stratégies visent à rompre le cercle vicieux "maladie - appauvrissement" par l'intervention d'un tiers payeur permettant l'accès aux soins pour tous en mutualisant le risque et, par conséquent, améliorent le niveau de développement des PVD.

Remerciements

Nous remercions tous nos partenaires du National social security fund de Tanzanie pour leur accueil et leur contribution précieuse ; Mmes Hirsinger et Vermel de l'ADECRI pour leur efficacité dans l'organisation des missions ; M. Miralles, directeur de la Caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, le professeur Allemand, les docteurs Prieur, Weill et Schoux qui nous ont permis de réaliser nos différentes rencontres et notre mission dans les délais impartis.

RÉFÉRENCES

1. Wagstaff A. *Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ* 2002;80:97-105.
2. Frenk J, Knaul F. *Health and the economy : empowerment through evidence. Bull World Health Organ* 2002;80:88.
3. Grant K, Grant R. *Health insurance and the poor in low income countries. World Hosp Health Serv* 2003;39:19-22.
4. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray JL. *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet* 2003;362:111-7.
5. Dau RK. *Tendances de la sécurité sociale en Afrique orientale : Tanzanie, Kenya et Ouganda. Revue Internationale de Sécurité Sociale* 2003;56:29-44.
6. Cordellier S, Didiot B, Netter S. *L'état du monde 2004 : annuaire économique et géopolitique mondial. 23^e éd. Paris : La Découverte ; 2003.*
7. Muela SH, Mushi AK, Ribera JM. *The paradox of the cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania. Health Policy Plan* 2000;15:296-302.
8. Green M. *Public reform and the privatisation of poverty: some institutional determinants of health seeking behaviour in southern Tanzania. Cult Med Psychiatry* 2000;24:403-30.
9. Kumaranayake L, Mujinja P, Hongoro C, Mpembeni R. *How*

do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. *Health Policy Plan* 2000;15:357-67.

10. Kawabata K, Xu K, Carrin G. Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bull World Health Organ* 2002;80:612.

11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). République Unie de Tanzanie. Dépenses de santé : indicateurs principaux 2001. Genève : OMS ; 2001 (<http://www.who.int/countries/tza/fr/>).

12. Passot B. Tanzanie. Tanganyika, Zanzibar. 4^e éd. Paris : L'Harmattan ; 2000, 41-51.

13. Gentilini M, ed. Paludisme. In : Médecine tropicale. 5^e éd. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1992, 91-122.

14. Latham MC. La nutrition dans les pays en développement.

Rome : Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) ; 2001, 155-63.

15. Central Intelligence Agency (CIA). The World Factbook. Washington (DC) : CIA ; 1992 et 2003. (<http://www.theodora.com/wfb/>)

16. World Bank. World Development Indicators 2000. Washington (DC) : The World Bank ; 2000. (http://www.worldbank.org/data/wdi2000/pdfs/tab2_14.pdf)

17. Dau RK. Extending social security coverage. Social security coverage through micro-insurance schemes in Tanzania. International Social Security Association. Meeting of Directors of Social Security Organizations in English-speaking Africa. Banjul, The Gambia, 7-9 October 2003. (<http://www.issa.int/pdf/banjul03/2dau.pdf>)