Principale recherche appliquée Document No.14

PRESTATION DE SOINS DE SANTE DANS LE SECTEUR PRIVE EN TANZANIE

Etapes 2 et 3 : Travaux sur le terrain, Résultats de recherche et Recommandations en matière de politiques

Présenté au
Projet de recherche et d'analyse
des ressources sanitaires et humaines en Afrique (HHRAA)
Division ressources humaines et démocratie
Bureau du développement durable
Bureau Afrique
et à la
Division de la réforme sectorielle et des politiques
Office de la santé et de la nutrition
Centre pour la population, la santé et la nutrition
Bureau de programmes mondiaux, de soutien de terrain et de recherche
Agence des Etats-Unis pour le développement international
par

GASPAR K. MUNISHI, Ph.D.
Université de Dar es Salaam
Consultant, Abt Associates Inc.

ABDO YAZBECK, Ph.D.
DENISE DEROECK
DENISE LIONETTI
Abt Associates Inc.

Février 1995

PROJET DE FINANCEMENT ET DE PERENNISATION DE LA SANTE (HFS)
(Health Financing and Sustainability Project)

Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland, 20814 USA

The Urban Institute, Sous-traitant
Management Sciences for Health, Subcontractor

AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00

ABREGE

La présente étude apporte une information de base et une analyse que le Ministère de la Santé de la Tanzanie peut utiliser pour élaborer davantage les politiques en vue de renforcer les partenariats public-privé dans le secteur de la santé afin d'élargir la couverture, de renforcer la qualité et l'efficience des services de santé et d'améliorer l'état de santé de la population. La Tanzanie a, à certains moments, restreint délibérément l'activité du secteur privé dans le domaine de la santé et, à d'autres moments, a encouragé et soutenu la croissance de certains types de prestataires du secteur privé. Depuis le début des années 90, le gouvernement a fait du développement du secteur privé la pierre angulaire de ses réformes du secteur santé.

Préparé à l'intention du Projet d'analyse pour les ressources sanitaires et humaines en Afrique (HHRAA) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, l'étude comprend trois grands volets :

- une description de la taille et de la portée du secteur privé dans le domaine des soins de santé en Tanzanie et une évaluation du rôle effectif et potentiel que peut jouer le secteur privé pour promouvoir le programme de santé public ;
- une description des liens actuels entre les secteurs public et privé dans le domaine des soins de santé et un examen des domaines où une collaboration peut éventuellement améliorer la prestation des services de santé ; et
- un examen des facteurs affectant le développement du secteur privé en Tanzanie, surtout les questions légales, réglementaires, fiscales et financières.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX iv
LISTE DES GRAPHIQUES vi
ABREVIATIONS vii
REMERCIEMENTS viii
AVANT-PROPOS ix
RESUME ANALYTIQUE xiv

1.0 INTRODUCTION 1
1.1 BUT ET PORTEE 1
1.2 MANIERE DONT L'ETUDE A ETE REALISEE 3
1.3 ORGANISATION DU RAPPORT 3

2.0 METHODOLOGIE 4
2.1 DEFINITIONS ET TYPOLOGIES POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE DU SECTEUR PRIVE 4
2.2 TYPOLOGIE DES PRESTATAIRES PRIVES 5
2.2.1 Prestataires à but non lucratif (organismes volontaires) 5
2.2.2 Prestataires dépendant des employeurs 6
2.2.3 Prestataires à but lucratif 6
2.3 BASE DE DONNEES 8
2.4 ECHANTILLON DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN 9

3.0 CONTEXTE SANITAIRE ET ECONOMIQUE 10
3.1 STATUT DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE 10
3.1.1 Population et démographie 10
3.1.2 Etat de santé et grands problèmes de santé 12
3.1.3 Objectifs et approche du secteur de santé public 14
3.2 CONTEXTE ECONOMIQUE 15
3.2.1 Tendances macroéconomiques 15
3.2.2 Financement des services de santé par l'Etat 17
3.2.3 Impact des dépenses publiques pour la santé 20
3.3 REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE 20
3.3.1 Vue générale de la réforme 22
3.3.2 Réforme du secteur et développement du secteur privé 23
3.3.2.1 Pré-indépendance jusqu'à la Déclaration d'Arusha en 1967 23
3.3.2.2 Déclaration d'Arusha jusqu'au Programme d'ajustement structurel 24
3.3.2.3 De 1988 à nos jours 25

4.0 RESULTATS 27
4.1 TAILLE, PORTEE, DISTRIBUTION ET QUALITE DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE DU SECTEUR PRIVE 27
4.1.1 Nombre et distribution des prestataires de services sanitaires privés en Tanzanie 27
4.1.2 Prestataires sanitaires privés dans les zones urbaines 30
4.1.3 Qualité dans le secteur privé 36
4.1.3.1 Qualité des soins de santé curatifs primaires 36
4.1.3.2 Perceptions de la qualité chez les patients 38
4.2 CONTRIBUTIONS DU SECTEUR PRIVE AU PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE 39
4.2.1 Services préventifs et maladies transmissibles 40
4.2.2 Services de santé maternelle et périnatale 42
4.2.3 Services de planification familiale 44
4.3 COLLABORATION ET LIENS ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE 46
4.3.1 Collaboration avec le secteur à but non lucratif 47
4.3.2 Collaboration avec le secteur à but lucratif 47
4.4 FACTEURS AFFECTANT LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE 48
4.4.1 Contexte juridique et réglementaire 49
4.4.1.1 Conditions juridiques et réglementaires actuelles 49
4.4.1.2 L'impact de la légalisation 49
4.4.1.3 L'impact des lois et des réglementations sur la qualité du personnel 52
4.4.2 Contexte financier 54
4.4.2.1 Disponibilité de capitaux 54
4.4.2.2 Fiabilité des recettes provenant des honoraires 55
4.4.2.3 Imposition 56
4.4.3 Prix et capacité de payer 56

5.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 60
5.1 CONTRIBUTIONS DU SECTEUR PRIVE AU PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE 61
5.1.1 Utiliser le secteur privé pour élargir l'accès aux services de santé 62
5.1.2 Utiliser le secteur privé pour élargir l'accès aux services prioritaires de santé publique 63
5.2 AMELIORATION DE LA COLLABORATION PUBLIQUE-PRIVEE 65
5.2.1 Lois et réglementations 65
5.2.2 Incitations financières 66
5.3 IMPACT DU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE SUR LA REFORME DU SECTEUR PUBLIC 68
5.3.1 Concurrence pour les patients dans les secteurs public et privé 68
5.3.2 Concurrence pour le personnel de santé dans les secteur public et privé 70

ANNEXES 72

ANNEXE 1
LISTE DE CONTACTS 73

ANNEXE 2
QUESTIONNAIRE DES INTERVIEWS AVEC LES PRESTATAIRES DE SERVICES 74

ANNEXE 3
DONNEES MACROECONOMIQUES CHOISIES POUR LA TANZANIE 77

ANNEXE 4
STATISTIQUES 80

BIBLIOGRAPHIE 84

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 2-1 Typologie des prestataires de santé par type de propriété et financement 5
TABLEAU 2-2 Typologie des prestataires de soins de santé en Tanzanie 8
TABLEAU 3-1 Indicateurs démographiques, Tanzanie, 1967, 1978 et 1988 11
TABLEAU 3-2 Population totale et taux de croissance de la population, Tanzanie, 1948-1988 11
TABLEAU 3-3 Indices synthétiques de fécondité (estimations) par résidence et par zone, 1991-1992 12
TABLEAU 3-4 Taux estimé de mortalité infantile et juvénile par résidence et par zone, Tanzanie, pour la décennie 1981-1991 13
TABLEAU 3-5 Croissance des services de santé du secteur public en Tanzanie 16
TABLEAU 3-6 Octrois budgétaires du gouvernement pour la santé, 1979-1992 19
TABLEAU 3-7 Dépenses publiques par habitant pour la santé en termes réels 19
TABLEAU 3-8 Part du financement externe dans le budget public de la Tanzanie pour certaines années 1961-1990 20
TABLEAU 4-1 Distribution des formations sanitaires privées par type de propriété, Tanzanie, 1993, selon les statistiques publiques officielles 29
TABLEAU 4-2 Nombre de formations sanitaires privées dans le Kilimandjaro, comparaison des données du MS et des résultats de HFS 29
TABLEAU 4-3 Distribution des formations sanitaires privées à Dar es Salaam par propriété et type, 1993 31
TABLEAU 4-4 Nombre des lits d'hôpital et de maternité dans les formations sanitaires privées par propriété, Dar es Salaam, 1993 31
TABLEAU 4-5 Distribution des médecins et autre personnel médical dans les formations sanitaires privées à Dar es Salaam par propriété, 1993 34
TABLEAU 4-6 Distribution des médecins et autre personnel médical dans les formations sanitaires privées à Dar es Salaam par type de formation, 1993 36
TABLEAU 4-7 Disponibilité actuelle des services de vaccination et des vaccins dans les formations sanitaires tanzaniennes par type de formation et de propriété, à partir de l'enquête EDS 1991-92 41
TABLEAU 4-8 Disponibilité actuelle des services et des produits de réhydratation orale dans les formations sanitaires tanzaniennes par type de formation et de propriété, à partir de l'enquête EDS 1991-92 41
TABLEAU 4-9 Nombre de formations sanitaires privées à Dar es Salaam fournissant protection maternelle et infantile, planification familiale et traitement contre la tuberculose, par type de formation et de propriété, 1993 de l'enquête auprès des formations sanitaires non gouvernementales 42

TABLEAU 4-10 Distribution des femmes par lieu d'accouchement de leur dernier enfant, à partir de l'enquête EDS, 1991-92 43
TABLEAU 4-11 Disponibilité des services de santé maternelle et périnatale dans les formations sanitaires tanzanienne par type de formation et de propriété 1993 de l'enquête EDS, 1991-92 43
TABLEAU 4-12 Formations sanitaires privées fournissant des services d'accouchement, Dar es Salaam , 1993 de l'enquête auprès des formations sanitaires non gouvernementales 44
TABLEAU 4-13 Disponibilité des services de planification familiale et nombre moyen de nouveaux clients de la planification familiale par mois dans les formations sanitaires tanzaniennes par type de formation et de propriété 1993, de l'enquête EDS, 1991-92 46
TABLEAU 4-14 Conditions necessaires pour la création d'un cabinet ou d'un hôpital privé 50
TABLEAU 4-15 Conditions afférentes à la patente 51
TABLEAU 4-16 Conditions afférentes aux tarifs et au recouvrement des paiements 52
TABLEAU 4-17 Facilité d'accès au capital de démarrage, médicaments et équipement 54
TABLEAU 4-18 Imposition des prestataires de soins de santé 57
TABLEAU 4-19 Comportement sanitaire par quintile de revenus 58
TABLEAU 4-20 Volonté de payer davantage pour des améliorations de services 59

ANNEXE TABLEAUX

TABLEAU A3-1 Balance des paiements 78
TABLEAU A3-2 Produit intérieur brut par activité économique 79
TABLEAU A4-1 Distribution des formations sanitaires par propriété et par région, statistiques du Ministère de la Santé, 1993 81
TABLEAU A4-2 Dispensaires par propriété et par district, statistiques officielles du Ministère de la Santé 82
TABLEAU A4-3 Distribution des lits dans les hôpitaux et les centres de santé par région en Tanzanie, statistiques du Ministère de la Santé, 1993 83

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 3-1 PNB par taux de croissance par habitant 18

GRAPHIQUE 3-2 Relation entre les dépenses de santé et l'espérance de vie 21

GRAPHIQUE 4-1 Croissance des formations sanitaires privées, Dar es Salaam, 1950-1993 32

GRAPHIQUE 4-2 Croissance des formations sanitaires privées par propriété, Dar es Salaam, 1990-1993 33

GRAPHIQUE 4-3 Distribution des utilisateurs actuels de la planification familiale par source d'approvisionnement de contraceptifs 45

ABREVIATIONS

EDS	Enquête démographique et de santé
FMI	Fonds monétaire international
HDD	Hôpitaux de districts désignés
HFS	Projet de financement et de pérennisation de la santé
HHRAA	Analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique, USAID
MS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAS	Programme d'ajustement structurel
PIB	Produit intérieur brut
PMI	Protection maternelle et infantile
PNB	Produit national brut
SRO	Sels de réhydratation orale
TB	Tuberculose
TRO	Thérapie de réhydratation orale
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international

REMERCIEMENTS

Les chercheurs tiennent à exprimer leur profonde reconnaissance aux représentants officiels du Ministère de la Santé (siège), aux Médecins-Chefs de la région de Dar es Salaam et de Kilimandjaro, aux Secrétaires de la santé pour leur collaboration. Les auteurs tiennent également à faire mention de l'assistance de Peter Ilomo, Economiste au Ministère de la Santé et de Chris Bamanyisa, Responsable administratif de la santé au Ministère de la Santé qui ont aidé à établir les contacts à Moshi.

Ils tiennent également à remercier le personnel de l'USAID de Dar es Salaam (surtout Mme Dana Vogel), le bureau de terrain de la Banque mondiale, le Projet de santé urbaine de Dar es Salaam (surtout le Dr Peter Kilima), l'Université de Dar es Salaam, l'Association médicale chrétienne, l'Association médicale de Tanzanie, l'Association des infirmières et des sages-femmes, l'Association dentaire de la Tanzanie, le Collège universitaire de Muhimbili des sciences de la santé et l'Administration anglaise pour le développement à l'étranger.

Sur le terrain, les chercheurs ont été aidés par un certain nombre de personnes. Ils tiennent tout particulièrement à faire mention du Président des organisations Bahai et de la Croix rouge à Kilimandjaro et des responsables et des propriétaires des hôpitaux privés et autres services de soins de santé à Dar es Salaam et Kilimandjaro.

Les chercheurs tiennent également à mentionner la contribution très importante faite au présent rapport final par la Directrice technique de HFS, Charlotte Leighton, Ph.D.

Ce rapport s'inscrit dans le cadre des activités de recherche et d'analyse du portefeuille de Financement des soins de santé et développement du secteur sanitaire privé du Projet HHRAA, sous la direction technique d'Abraham Bekele.

AVANT-PROPOS

Ce document fait partie d'une série de rapports sur les résultats et les recommandations en matière de politiques de l'Etape 3 de la principale Recherche appliquée faite par le Projet financement et pérennisation de la santé (HFS).

Le Projet financement et pérennisation de la santé (HFS) est une initiative quinquennale financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Le projet a pour mission de fournir une assistance technique, de faire des recherches appliquées, de réaliser des formations et de diffuser des informations sur le financement des soins de santé sur l'ensemble du monde en développement. Le projet cherche à influencer les changements en matière de politiques en faisant progresser l'état des connaissances ; en testant et en améliorant les méthodes de prestation, de financement et d'administration et en renforçant les capacités institutionnelles ainsi que les capacités techniques. A ce jour, HFS a participé à des travaux de financement des soins de santé dans plus de 30 pays en développement. La recherche appliquée représente un quart des activités du Projet HFS.

HFS a réalisé ses travaux de recherche appliquée en trois étapes. L'Etape 1 comprenait un examen de la littérature et de l'expérience et portait sur la mise au point d'un cadre conceptuel. Les documents rédigés dans le cadre de l'Etape 1 sont de nature essentiellement conceptuelle et méthodologique et, partant, se destinent aux chercheurs et aux enseignants sur le terrain. Toutefois, vu que ces documents soulignent également les manques actuels de connaissance, ils sont utiles aux bailleurs de fonds internationaux, aux décideurs des ministères de la santé et aux autres personnes qui s'occupent des politiques des soins de santé.

Les Etapes 2 et 3 ont été conçues pour combler les lacunes de connaissances identifiées lors de l'Etape 1. L'Etape 2 portait sur la recherche de terrain et la collecte de données et l'Etape 3 concernait l'analyse de données, la rédaction de rapports et la diffusion des rapports. Les documents de l'Etape 3 s'adressent surtout aux décideurs et aux responsables de pays en développement à l'intérieur et à l'extérieur des pays où la recherche a été effectuée. Les méthodes, les résultats et les recommandations sont rédigés dans une langue non technique et l'information technique est donnée en Annexe.

Les produits de l'Etape 3 intéresseront également les bailleurs de fonds internationaux car ils valident ou réfutent des hypothèses importantes et évaluent les politiques existantes. Ces documents éprouvent également de nouvelles ou de meilleures méthodes de recherche, traçant les directions pour les recherches futures et renforçant, par de nouvelles informations, les connaissances générales. Aussi, seront-ils utiles pour des chercheurs et des universitaires.

LE ROLE DE LA RECHERCHE APPLIQUEE DANS LA REFORME DE LA POLITIQUE SANITAIRE

La réforme du financement de la santé est une question politique de premier plan et une priorité pour le secteur de la santé du monde entier. Dans les pays industrialisés, le contrôle des coûts des soins de santé a été le moteur de la réforme des politiques du financement de la santé. Dans les pays en développement, un des grands facteurs poussant à la réforme se situe au niveau de la demande toujours plus grande exercée sur des ressources publiques de plus en plus limitées représentées par l'engagement traditionnel des gouvernements à fournir des soins gratuits à tous.

Les discussions sur les manières d'améliorer l'équité et l'efficience se situent au cœur même du débat de politiques. Dans l'idéal, les pratiques et les politiques du financement des soins de santé devraient promouvoir tant l'équité—accès financier et physique aux soins de santé—que l'efficience—maximisation des gains de santé par le biais de réductions dans les coûts de la production et d'accroissements dans la consommation appropriée. Le débat porte également sur l'impact des réformes du financement de la santé sur la qualité des soins, l'accès du pauvre et les rôles respectifs des secteurs public et privé.

La formulation de politiques efficaces traitant de ces questions doit reposer sur de solides informations empiriques portant sur toute une série de questions des côtés demande et offre du marché des services de santé. Dans de nombreux pays en développement, on a du mal à trouver de solides données empiriques et le débat public sur le financement de la santé est souvent dominé par des opinions qui ne sont pas toujours fondées sur la réalité. Voici des exemples de ce courant de pensées qu'il faudrait éprouver empiriquement :

- "Le pauvre ne paiera pas pour les services de soins de santé."
- "Le secteur privé est plus efficace que le secteur public pour la production des services de santé."
- "Le secteur privé n'a aucun rôle dans le programme de santé public."
- "Lorsque la plus grande partie des ressources totales de la santé sont dépensées pour les soins curatifs, la distribution des ressources est inefficace."
- "Les plans de financement social et de partage de risques ne sont pas efficaces dans les zones pauvres et rurales."

De nouvelles recherches ont été faites pour éprouver la validité de certaines des hypothèses les plus courantes concernant le financement de la santé. Par exemple, des études empiriques faites sur la demande des soins de santé dans des pays en développement ont montré que, s'ils ont le choix, même les plus pauvres préfèrent souvent payer pour des soins de santé de meilleure qualité plutôt que d'obtenir des services gratuits mais de qualité moindre.

Les politiques publiques concernant le financement de la santé seront nettement renforcées par une meilleure connaissance de questions telles que la volonté des gens à payer pour les soins de santé, l'efficience relative des prestataires publics et privés, les rôles du secteur privé, le coût-efficacité de l'investissement dans les soins curatifs et préventifs. Et pourtant, malgré cette attention plus grande donnée récemment à la recherche appliquée dans le financement de la santé, il reste encore de grandes lacunes de connaissances.

UN PROGRAMME DE RECHERCHE APPLIQUEE

La recherche appliquée de HFS cherche à faire progresser l'état des connaissances dans des domaines-clés et à développer des capacités analytiques chez des chercheurs de pays en développement. La recherche porte sur les grandes questions de politiques, les domaines de recherche négligés, l'amélioration de méthodes analytiques et le test de nouvelles techniques méthodologiques. Sur les conseils d'un groupe consultatif technique extérieur, le projet a identifié quatre grands domaines d'enquête demandant une recherche appliquée : recouvrement des coûts, efficience productive, financement social et secteur privé. Le projet a également défini neuf thèmes spécifiques dans cette catégorie (voir encadré) pour répondre aux stipulations contractuelles de l'USAID.

PRINCIPALE RECHERCHE APPLIQUEE DE HFS :
DOMAINES, THEMES ET QUESTIONS

Domaines de recherche	Thème de recherche Etape 1	Principales questions de recherche
RECOUVREMENT DES COUTS	Qualité des soins	Prêt à payer pour des améliorations dans la qualité
	Protéger le pauvre	Concevoir des systèmes équitables de re-couvrement des coûts
	Consommation efficace	Concevoir des mécanismes monétaires et autres stimulant des modes efficaces de la demande des soins
EFFICIENCE PRODUCTIVE	Réforme du secteur public	Faisabilité de l'amélioration de l'efficience de la production par le biais d'encouragements personnels
	Ré-affectation des dépenses du secteur public	Définition de modes optimaux d'octroi et adéquation des modes d'octroi actuels
FINANCEMENT SOCIAL	Elargir son rôle	Faisabilité du partage de risques pour le pauvre
SECTEUR PRIVE	Développement des marchés privés de soins de santé	Déterminants et implications du développe-ment du secteur privé
	Différences publiques-privées dans l'efficience	Existence de différences dans l'efficience productive entre prestataires publics et privés
	Interactions publiques-privées	Faisabilité d'une collaboration bénéfique du point de vue social entre le gouvernement et le secteur privé

HFS a effectué les examens de littérature (Etape 1) pour ces neuf thèmes à l'exception d'un seul (l'exception étant la ré-affectation des dépenses du secteur public). A la demande de l'USAID, un autre thème de recherche sur le terrain a également été étudié, à savoir l'évaluation de l'impact économique du paludisme. Les recherches de terrain ont été effectuées (Etape 2) et des documents analytiques ont été rédigés (Etape 3) dans les quatre grands domaines de recherche. Ils couvrent les six thèmes spécifiques mentionnés ci-après :

- Volonté de payer pour des améliorations de la qualité des services de santé dans le contexte du recouvrement des coûts
- Impact des améliorations de la qualité des services de santé sur les coûts, l'efficience et la demande
- Efficience des services de santé du secteur public
- Comparaison de l'efficience des secteurs public et privé dans la prestation des services de santé
- Impact du financement social des services de santé sur la demande, l'équité et la pérennisation
- Développement des services de santé du secteur privé
- Impact économique du paludisme

Outre ces documents de recherche appliquée, HFS a mis au point toute une série d'instruments de recherche et de base de données. (Une liste de ces instruments est donnée dans un document thématique de HFS sur "Collecte de données comme outil de politiques.")

APPROCHE A LA RECHERCHE APPLIQUEE AXEE SUR LES POLITIQUES

HFS a effectué toutes les activités de recherche de terrain avec la collaboration et la participation active des chercheurs et des décideurs locaux. En outre, lors du choix des divers endroits où allait être effectuée la recherche appliquée, HFS a cherché à trouver les opportunités où les résultats de la recherche pouvaient alimenter directement la réforme en matière de politiques.

Par exemple, au Niger, HFS a fourni une assistance technique au gouvernement pour tester deux systèmes de recouvrement des coûts pour les soins curatifs dans les services publics ambulatoires : un paiement par épisode de maladie et une taxe par ménage avec ticket modérateur. Une recherche appliquée a été effectuée pour évaluer et comparer les indicateurs-clés dans le cadre des deux systèmes de financement, notamment amélioration de la qualité des soins, coûts des améliorations de la qualité, volonté de la population à payer pour les améliorations de la qualité et implications du point de vue équité des méthodes de financement. La recherche a été effectuée conjointement à une assistance technique visant à concevoir et à mettre en place des systèmes de gestion améliorés pour les formations sanitaires, de nouvelles procédures administratives pour le personnel administratif et de meilleures pratiques de diagnostic et de traitement chez le personnel médical.

Au Sénégal, HFS a effectué une recherche appliquée pour évaluer les diverses dimensions du système sanitaire actuel, notamment le cadre juridique et réglementaire du financement de la santé ; l'efficacité des comités de santé villageois ; les coûts, le financement et l'efficience des prestataires publics et privés ; la taille, le rôle et l'évolution du secteur privé et la demande de soins de santé. Le Gouvernement du Sénégal prévoit de mettre en œuvre d'importants projets de démonstration régionaux pour appliquer certaines des recommandations faites suite à cette recherche.

Tous les produits de la recherche appliquée d'HFS sont soumis à un examen formel auquel participent le personnel du projet, des experts externes d'institutions universitaires et internationales et des membres du groupe consultatif technique du projet. C'est l'excellence que vise HFS. Le lecteur est prié d'envoyer tout commentaire ou suggestion à propos de ses travaux de recherche.

Pour toute question ou commentaire à propos de nos travaux de recherche appliquée, prière de contacter la Directrice technique ou le Directeur de la recherche appliquée. Pour des informations ou pour des commandes de documents écrits HFS sur la recherche, l'assistance technique et la formation, prière de contacter le Centre d'information du projet.

Ricardo A. Bitran
Directeur de la recherche appliquée

RESUME ANALYTIQUE

Le Projet analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni un financement au Projet financement et pérennisation de la santé de l'USAID (HFS) pour étudier le développement des services de santé dans le secteur privé de la Tanzanie. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus importante de HHRAA visant à étudier le développement du secteur privé dans le domaine de la santé dans quatre pays africains : Kenya, Sénégal, Tanzanie et Zambie. Ce travail global reflète l'intérêt que porte le bureau Afrique de l'USAID aux possibilités accrues de partenariats public-privé dans le domaine de la santé aux fins d'une utilisation plus efficace des ressources existantes afin d'élargir et d'améliorer la disponibilité des services de santé pour des populations africaines et, partant, d'améliorer l'état de santé. Cette étude constitue également une des principales activités de recherche appliquée du Projet HFS.

Ces questions sont particulièrement pertinentes pour la Tanzanie où le secteur public a, à certains moments, restreint délibérément l'activité du secteur privé dans le domaine de la santé et, à d'autres moments, a encouragé et soutenu la croissance de certains types de prestataires du secteur privé. De plus, les contraintes exercées sur les ressources du secteur public en Tanzanie font qu'il est de plus en plus important de chercher des sources non gouvernementales de financement pour les services de santé—par exemple, les paiements des utilisateurs—et des sources non gouvernementales de soins de santé pour une plus grande disponibilité des services de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Depuis le début des années 90, le gouvernement a fait du développement du secteur privé la pierre angulaire de ses réformes du secteur santé.

BUT ET PORTEE

Le but de cette étude est de fournir une information initiale et une analyse que le Ministère de la Santé (MS) peut utiliser pour mettre au point des politiques visant à renforcer les partenariats public-privé afin d'élargir la couverture, de renforcer la qualité et l'efficience des services de santé et d'améliorer l'état de santé en Tanzanie. Tout notamment, l'étude vise à :

- Décrire la taille et la portée du secteur privé pour la prestation de soins de santé en Tanzanie et évaluer le rôle actuel et potentiel que peut jouer le secteur privé pour promouvoir le programme de santé publique ;
- Décrire les liens actuels entre les secteurs public et privé dans les soins de santé et identifier les domaines possibles de collaboration qui peuvent améliorer la prestation des services de santé ; et
- Identifier les facteurs qui affectent le développement du secteur privé en Tanzanie, surtout les questions juridiques, réglementaires, fiscales et financières.

METHODOLOGIE

La présente étude dépendait fortement de sources secondaires d'information, disponibles auprès de rapports, d'analyses, de statistiques publiques et d'enquêtes existantes. L'équipe HFS de recherche sur le terrain, composée de chercheurs tanzaniens et de personnel de HFS, comprenait également un nombre important d'interviews sur le terrain, une enquête par sondage aléatoire de 61 prestataires privés, des interviews avec des patients à Dar es Salaam et dans le Kilimandjaro. Une enquête fondée sur des interviews ne couvrait pas le secteur informel de la santé comprenant les guérisseurs traditionnels et les accoucheuses traditionnelles, vu l'incapacité d'établir une base de sondage pour cette catégorie.

RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Utiliser le secteur privé pour élargir l'accès aux services de santé

La présente étude a identifié trois grands types de prestataires du secteur privé intervenant actuellement en Tanzanie et les a classés en fonction du type de propriété et de l'orientation financière : formations sanitaires appartenant à des organismes volontaires à but non lucratif, dispensaires des employeurs et prestataires de soins de santé à but lucratif. Laissant de côté, aux fins de raisons pratiques, le secteur traditionnel, l'étude a également identifié cinq sous-catégories de prestataires du secteur privé : 1) les prestataires à but non lucratif gérés par des organismes volontaires et désignés comme "organisations agréées" ; 2) les prestataires privés et parapublics des employeurs ; 3) les prestataires à but lucratif affiliés aux "organisations agréées" ; 4) les prestataires à but lucratif approuvés avant 1991 et 5) tous les autres prestataires de santé indépendants, à but lucratif, approuvés depuis 1991.

Les prestataires du secteur privé à but non lucratif, surtout les formations sanitaires des églises et des organismes volontaires ont toujours joué un rôle important en Tanzanie. En 1993, les organismes volontaires, possédaient 44 pour 100 des hôpitaux du pays et pratiquement la moitié de tous les lits d'hôpitaux. Dans ce total sont compris les "Hôpitaux de districts désignés"—17 hôpitaux appartenant à des organismes volontaires à but non lucratif que le MS a intégré à son réseau sanitaire peu après l'Indépendance en 1961. Bien que les HDD appartiennent toujours aux organismes volontaires, ils sont à présent entièrement financés et gérés par le MS. En général, ils sont considérés être des formations sanitaires publiques.

La libéralisation des lois concernant les prestataires privés a entraîné dans son sillon une explosion des formations sanitaires à but lucratif, gérées indépendamment, qui représentent à présent 42 pour 100 de toutes les formations sanitaires privées de Dar es Salaam, y compris 83 pour 100 de tous les hôpitaux privés et 57 pour 100 de tous les lits d'hôpitaux privés.

Recommandations

- Vu la longue collaboration entre le secteur public et les prestataires sanitaires privés à but non lucratif en Tanzanie et vu la vaste distribution des prestataires à but non lucratif sur l'ensemble du pays, le MS devrait continuer sa solide collaboration avec les prestataires sanitaires des organismes volontaires à but non lucratif pour maintenir leur contribution à la disponibilité générale des soins primaires et des services hospitaliers du pays.
- Vu la diversité des prestataires sanitaires du secteur privé en Tanzanie, le MS devra continuer à élaborer différents encouragements, différentes approches réglementaires et différents

mécanismes de collaboration pour tenir compte des différents modes d'exercice et de l'orientation financière des prestataires à but lucratif et à but non lucratif.

- Vu la distribution actuelle des prestataires sanitaires à but lucratif, le MS peut probablement concentrer ses efforts de collaboration sur les prestataires à but lucratif de Dar es Salaam utilisant cette expérience comme test pilote pouvant, par la suite, être étendu à d'autres zones urbaines. Le MS devrait chercher immédiatement à développer une vision systématique et des politiques pour orienter efficacement la croissance chez les prestataires à but lucratif—qui ont connu l'essentiel de la croissance du secteur privé depuis la libéralisation en 1991—afin de mieux utiliser les ressources disponibles du secteur public.
- Les prestataires sanitaires dépendants des employeurs semblent être relativement négligés par les efforts actuels de réforme et représentent une capacité cachée qui pourrait être exploitée pour augmenter la capacité du système de santé. Le MS devrait évaluer le rôle éventuel des services sanitaires de l'employeur dans la prestation et/ou le financement privé des services de santé.

Utiliser le secteur privé pour élargir l'accès aux services prioritaires de santé publique

Evaluant la contribution éventuelle du secteur privé à des services de santé spécifiques, cette étude se concentre sur les grands services de santé publique, notamment maladies transmissibles de l'enfance, tuberculose, paludisme et services de santé reproductive, par exemple, la planification familiale et les services de santé maternelle et périnatale (y compris les accouchements).

Les résultats de cette étude indiquent qu'une proportion plus importante qu'on ne le réalise de prestataires sanitaires privés, surtout les hôpitaux et les cliniques, fournissent des services prioritaires de santé publique. S'il existe donc une expérience préalable de prestation de ces services, les données montrent également que cette capacité varie par type de prestataire privé et par prestataire individuel. En général, les hôpitaux et les centres de santé privés sont bien plus susceptibles de fournir des services prioritaires de santé publique que les dispensaires.

Recommandations

- Le secteur public en Tanzanie a une capacité bien développée de prestation de services préventifs, par exemple, vaccinations des enfants. La couverture vaccinale est bonne. Vu le solide avantage comparatif du secteur public à cet égard, il n'y a aucune raison de confier ces responsabilités au secteur privé. Mais le MS ne devrait pas décourager les prestataires privés qui veulent fournir des services préventifs et pourrait même fournir certains encouragements aux prestataires privés qui prêtent des services préventifs là où n'existent pas de prestataires publics.
- Le MS pourrait se concentrer sur la capacité du secteur privé dans le domaine des soins curatifs au niveau hôpital ainsi qu'au niveau des soins primaires. Vu que la plupart des hôpitaux et des centres de santé privés fournissent normalement des services de PMI et de traitement antituberculose sans qu'il y ait encouragement du MS, le secteur privé a la capacité d'aider l'Etat à absorber la demande croissante pour ces services.

Amélioration de la collaboration publique-privée

La présente étude s'est concentrée sur trois ensembles de politiques publiques qui affectent le développement du secteur privé : les mesures juridiques et réglementaires régissant la pratique privée ; les incitations et les désincitations financières et les structures tarifaires des services de santé qui affectent les revenus du prestataire ainsi que l'utilisation et la demande des services de santé de la part de la population. La principale question qui marque les relations publiques-privées en Tanzanie n'est plus de savoir s'il faut collaborer mais de voir comment on peut collaborer et quelles sont les formes de collaboration et d'incitations qui sont les plus adéquates et les plus efficaces par rapport aux coûts.

Lois et réglementations

La Tanzanie a pris des mesures importantes pour légaliser l'exercice privé de la médecine (surtout depuis 1991) et les principales questions (juridiques et réglementaires) que rencontre à présent le MS concernent l'application et le suivi des réglementations. La présente étude traite au moins de deux éventuels problèmes, exigeant qu'on leur prête attention.

Premièrement, l'étude a noté qu'un groupe important de formations sanitaires et de prestataires individuels utilisent des autorisations obtenues par une "organisation agréée" pour établir et gérer des services de santé à but lucratif avec peu, voire aucune supervision de l'organisation volontaire affiliée. L'existence des affiliés cachés des "organisations agréées" présente de graves questions pour l'obtention de la patente, l'enregistrement et pour identifier les prestataires du secteur privé ainsi que pour les questions d'assurance de la qualité.

Un second problème concerne la qualité inégale des pratiques cliniques dans les secteurs public et privé. La présente étude a noté, faits à l'appui, que moins de la moitié des formations sanitaires confessionnelles, des organismes volontaires et du gouvernement à Dar es Salaam suivaient des pratiques cliniques acceptable et qu'un pourcentage important faisait des erreurs cliniques pouvant être graves. De plus, on a noté des ruptures de médicaments essentiels dans un grand nombre de formations sanitaires.

Recommandations

- Le MS doit renforcer le processus d'enregistrement et faire appel à des associations professionnelles pour l'enregistrement et le suivi.
- Le MS, de pair avec des associations de prestataires, devrait mettre en place des mécanismes d'assurance de qualité et des programmes de formations. Le MS devrait trouver des moyens permettant d'échanger l'information sur les pratiques cliniques et la gestion de médicaments.

Incitations financières

La présente étude a revu plusieurs aspects du contexte financier dans lequel travaillent les prestataires sanitaires du secteur privé : facilité d'obtention du crédit, niveaux et types d'imposition et perspectives de revenu adéquat à partir des recettes des services payants ainsi que disponibilité de subventions publiques directes. En général, les données disponibles de cette étude esquissent quatre tendances dans le contexte financier actuel.

Premièrement, les subventions publiques directes sont dirigées vers les prestataires sanitaires privés des organismes volontaires à but non lucratif. Deuxièmement, la croissance la plus rapide dans les formations sanitaires du secteur privé s'est faite parmi les petits dispensaires qui n'ont pas besoin de beaucoup de capitaux pour s'établir. Troisièmement, les incitations pour la création de différentes formes de pratique privée sont probablement très différentes entre les zones urbaines et rurales. Quatrièmement, la capacité des prestataires dépendant des employeurs, surtout le parapublic, est égale ou supérieure au secteur à but non lucratif du point de vue formations sanitaires, lits et personnel médical. Il existe des arrangements entre employeurs privés pour rembourser les services médicaux de leurs employés.

Recommandations

- A cette étape de la croissance du secteur privé, il est important que le MS fonde toute incitation financière offerte pour encourager le développement du secteur privé sur une solide évaluation de 1) l'impact des arrangements financiers actuels sur le rythme et la direction de la croissance et 2) l'analyse des tendances actuelles pour voir si elles vont dans une direction jugée la plus utile pour le développement général du secteur de la santé.
- En élaborant les politiques d'incitations financières, le MS devrait se prononcer clairement sur les 1) niveaux de la formation sanitaire privée (hôpital, centre de santé, dispensaire) et du type de propriété ou d'orientation financière (à but lucratif ou à but non lucratif) qu'il souhaite le plus encourager et 2) mécanismes (impôts, taxes, subventions)—ou combinaison de mécanismes—qui sont les plus efficaces par rapport aux coûts pour encourager la croissance de ce niveau de formation sanitaire. Si les prestataires privés fournissent déjà, sans incitations financières particulières de l'Etat, des services que le MS tient à encourager, point besoin pour le MS d'en introduire.
- Le MS devrait continuer à évaluer la faisabilité et les éventuels avantages des différentes formes d'assurance-maladie et l'impact possible de ces assurances sur le développement du secteur privé ainsi que sur l'utilisation des services de santé de la part de la population. L'expérience dans le reste du monde montre que la disponibilité des assurances-maladies a un effet significatif sur la croissance et la viabilité financière des prestataires sanitaires du secteur privé.
- Le MS devrait analyser séparément les incitations financières pouvant être nécessaires pour les prestataires des employeurs opposées à celles convenant à d'autres prestataires du secteur privé. Il convient d'envisager séparément le remboursement par l'employeur des soins de santé et des plans d'assurance-maladie en général.

L'impact du développement du secteur privé sur la réforme du secteur public

Un secteur privé plus important offre diverses options au secteur public pouvant avoir des effets positifs et négatifs—voulus et non voulus—pour les buts de la réforme gouvernementale du secteur de la santé. Les données de cette étude illustrent du moins deux de ces situations.

Concurrence pour les patients dans les secteurs public et privé

La disponibilité de prestataires privés que la population perçoit comme dispensant des soins de meilleure qualité peut attirer les patients du secteur public. Un tel changement vers le secteur privé a été noté chez les patients interviewés pour la présente étude. Ces derniers perçoivent les services du secteur privé comme étant de meilleure qualité (meilleure disponibilité des médicaments ; "meilleur traitement") que les formations sanitaires publiques. Ces perceptions étaient souvent la raison pour laquelle ils allaient consulter un prestataire privé et non un prestataire public.

Cette tendance peut bénéficier au secteur public dans la mesure où elle libère les ressources publiques pour servir plus efficacement un nombre plus petit de patients. Mais elle peut également avoir des effets négatifs dans la mesure où cela attire justement les personnes qui sont le plus capables de payer pour les services de santé. Ce dernier effet est particulièrement important dans le contexte du recouvrement des coûts démarré par le MS. Si une majorité importante des patients qui payent quittent le secteur public pour se rendre dans le secteur privé, cela aura un impact significatif sur les recettes provenant du recouvrement des coûts dont le MS a besoin pour améliorer les services du secteur public.

Recommandations

- Ces tendances signifient qu'il est particulièrement important pour la réussite du recouvrement des coûts et des efforts visant à renforcer le secteur de la santé public que le MS continue ses efforts tendant à améliorer et à maintenir la qualité des soins dans les formations sanitaires publiques. Les améliorations de la qualité devraient se faire sur l'ensemble du secteur public qui, à présent, entre en concurrence avec le secteur privé pour la prestation d'une gamme entière de services curatifs à tous les niveaux de soins dans les hôpitaux, les centres de santé, les dispensaires ainsi que pour la prestation de services préventifs et d'autres services de santé publique hautement prioritaires.
- En procédant à des améliorations de la qualité dans le secteur public, il est important de donner la priorité aux facteurs qu'utilise la population pour juger la qualité—surtout au regard du recouvrement des coûts. L'expérience sur le plan des services payants dans les formations sanitaires publiques de nombreux pays africains montre que la volonté des gens à payer pour les services de santé et, partant, la réussite du recouvrement des coûts, dépend de la capacité à procéder aux améliorations nécessaires dans la qualité.
- Il est important que le MS coordonne sa stratégie tarifaire avec celle utilisée par les prestataires du secteur privé et que les paiements en contrepartie de services dans le secteur privé soient suffisants pour mobiliser des recettes qui, de pair avec le budget du MS, sont assez bonnes pour arriver aux améliorations souhaitées dans la qualité.

Concurrence pour le personnel sanitaire dans les secteurs public et privé

Un secteur privé plus important peut également attirer le personnel sanitaire qui travaille dans le secteur public vu la possibilité de revenus plus élevés. Les interviews faites avec des prestataires dans le cadre de cette étude constataient déjà l'existence de cette dynamique en Tanzanie.

Une des solutions que la Tanzanie a essayée à cet égard est d'exiger que le personnel médical du secteur public demande la permission de "travailler au noir". Si cet arrangement permet aux employés de la Fonction publique de gagner des revenus supplémentaires, la présente étude a, par contre, constaté que, dans

la pratique, cet arrangement prenait plus de temps professionnel que voulu des prestataires du secteur public. L'expérience en Tanzanie et dans d'autres pays d'Afrique indique que le "travail au noir" et l'autorisation d'avoir des services privés dans des hôpitaux publics peut entraîner des résultats mitigés pour le secteur public. Si ce sont là des solutions qui pourraient être raisonnables dans le court terme, il faudra probablement d'autres options dans le long terme.

Si cette question est relativement bien reconnue sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, il n'existe pas encore de solutions largement acceptées. La Tanzanie a apporté à sa réforme du secteur de la santé des éléments organisationnels et de gestion pouvant aider à répondre à ce problème.

Recommandation

- Le MS devra se pencher sur les questions d'incitations, monétaires et autres, pour le travail dans le secteur public. Les résultats de la présente étude indiquent qu'il est important de se concentrer sur les incitations pour le personnel, non seulement pour des questions de gestion dont tient déjà compte le plan de réforme du MS, mais également au vu de la concurrence pour le personnel sanitaire public exercée par un secteur privé plus important.

1.0 INTRODUCTION

Le Projet analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA) de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a fourni un financement au Projet financement et pérennisation de la santé de l'USAID (HFS) pour étudier le développement des services de santé dans le secteur privé de la Tanzanie. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus importante de HHRAA visant à étudier le développement du secteur privé dans le domaine de la santé dans quatre pays africains : Kenya, Sénégal, Tanzanie et Zambie. Ce travail global reflète l'intérêt que porte le bureau Afrique de l'USAID aux possibilités accrues de partenariats public-privé dans le domaine de la santé aux fins d'une utilisation plus efficace des ressources existantes afin d'élargir et d'améliorer la disponibilité des services de santé pour des populations africaines et, partant, d'améliorer l'état de santé.

Reconnaissant de plus en plus la dimension, la portée et la diversité des services de santé privé en Afrique, les gouvernements africains et les bailleurs de fonds internationaux cherchent à mieux évaluer le potentiel du secteur privé à la réalisation des buts sanitaires du secteur public. Cette reconnaissance a, à son tour, canalisé l'attention sur l'importance des mesures réglementaires, juridiques et autres que peut prendre le secteur public pour créer un contexte dans lequel le secteur privé peut fournir efficacement des services de qualité.

Ces questions sont particulièrement pertinentes pour la Tanzanie où le secteur public a, à certains moments, restreint délibérément l'activité du secteur privé dans le domaine de la santé et, à d'autres moments, a encouragé et soutenu la croissance de certains types de prestataires du secteur privé. De plus, les contraintes exercées sur les ressources du secteur public en Tanzanie font qu'il est de plus en plus important de chercher des sources non gouvernementales de financement pour les services de santé—par exemple, les paiements des utilisateurs—et des sources non gouvernementales de soins de santé pour une plus grande disponibilité des services de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population. Depuis le début des années 90, le gouvernement a fait du développement du secteur privé la pierre angulaire de ses réformes du secteur santé.

1.1 BUT ET PORTEE

Le but de cette étude est de fournir une information initiale et une analyse que le Ministère de la Santé (MS) peut utiliser pour mettre au point des politiques visant à renforcer les partenariats public-privé afin d'élargir la couverture, de renforcer la qualité et l'efficience des services de santé et d'améliorer l'état de santé en Tanzanie. Tel que stipulé par HHRAA, les objectifs de cette étude sont notamment de :

- Réunir des données existantes sur la dimension et l'ampleur du secteur privé dans le domaine de la prestation des soins de santé en Tanzanie et de dégager des données supplémentaires par le biais d'enquêtes sur le terrain et d'interviews ;
- Evaluer le rôle actuel et potentiel du secteur privé pour promouvoir le programme de santé public ;
- Décrire les liens actuels entre les secteurs public et privé dans les soins de santé et identifier les domaines possibles de collaboration qui peuvent améliorer la prestation des services de santé ; et

- Identifier les facteurs qui affectent le développement du secteur privé en Tanzanie, surtout les questions juridiques, réglementaires, fiscales et financières.

Le MS en Tanzanie accorde une attention accrue à diverses statistiques qu'il maintient sur le secteur privé mais l'information sur la dimension et l'ampleur du secteur privé n'est pas toujours fiable. Cette information n'est pas facilement disponible sur les services de santé fournis par les prestataires du secteur privé, la population servie ou les facteurs affectant les modes de prestation de services. La situation suggère que la libéralisation récente des politiques publiques afférentes au secteur privé a eu des effets voulus et non voulus sur les prestataires de santé privés. La croissance rapide à laquelle on a assisté récemment dans les nombres et les types de prestataires privés ajoute à l'incertitude quant à la dimension, à l'ampleur et au rôle du secteur privé.

La collecte de l'information disponible, conjuguée à de nouvelles données venant de prestataires peut donc aider à poser le fondement nécessaire pour 1) une évaluation plus complète de la taille, de la portée et de la distribution des services de santé dans le secteur privé ; 2) une meilleure compréhension de l'impulsion de croissance dans le secteur et 3) une identification initiale des liens importants et des domaines de collaboration possible entre les secteurs de santé public et privé. Ce travail permettra également de cerner la manière dont le secteur privé peut aider à faire progresser le programme de santé public de la Tanzanie aux fins d'analyse supplémentaire.

La présente étude ne vise pas à être un examen complet ou définitif de tous les types d'activité sanitaire du secteur privé. Elle se concentre sur le rôle des prestataires sanitaires privés. Elle ne traite pas des initiatives toutes aussi importantes de la Tanzanie visant à renforcer le rôle du financement privé des services publics par le biais de paiements des utilisateurs et ne traite que de manière secondaire d'autres intervenants importants dans le secteur privé de la santé, par exemple, les pharmacies et les compagnies d'assurance-maladie. De plus, l'étude cherche surtout à combler certaines lacunes d'information sur les prestataires de santé du secteur privé, surtout les lacunes liées à l'impact des divers facteurs sur la croissance de ce secteur ainsi que des lacunes dans l'information sur les perceptions des patients et l'utilisation des prestataires publics et privés. En outre, à la demande de HHRAA, l'étude traite également de la contribution éventuelle des prestataires du secteur privé pour élargir la couverture et l'accès aux soins de santé préventifs et primaires. Elle ne fait pas un examen approfondi de leur rôle actuel et potentiel au niveau des services hospitaliers.

Les résultats de cette étude se destinent surtout aux décideurs des gouvernements et aux responsables de programme (notamment les responsables des Ministères de la Santé, des Finances et du Plan) et au personnel de l'USAID/Dar es Salaam. On espère également que l'étude sera utile aux bureaux de l'USAID/Washington et contribuera à mieux comprendre les grands aspects du développement du secteur privé de la santé et l'impact des politiques publiques sur la croissance du secteur en Afrique subsaharienne. L'approche utilisée ici pour évaluer le secteur privé pourra également être utile à d'autres pays souhaitant refaire l'étude. Enfin, les efforts faits par le Projet HHRAA en vue de collecter des types analogues d'informations sur le secteur privé de la santé dans quatre pays permettront de mettre en place une base de données comparative et cumulative dont on pourra tirer des généralisations.

1.2 MANIERE DONT L'ETUDE A ETE REALISEE

L'équipe de la recherche HFS a travaillé en étroite collaboration avec des chercheurs universitaires de la Tanzanie et le Ministère de la Santé tanzanien pour collecter et interpréter les données en vue de rédiger le rapport final. Vu que c'est l'USAID/Washington qui a lancé l'effort en général, cherchant à ce que les données soient comparables entre les pays, la plupart des éléments du programme et du plan de recherche ont été prédéterminés avant que ne commence les activités de terrain. Toutefois, les homologues tanzaniens et l'USAID/Dar es Salaam ont fait des commentaires et ont donné des conseils qui ont été incorporés dans l'étude finale afin de l'adapter à la situation unique de la Tanzanie. L'équipe de recherche tanzanienne a également choisi les sites de terrain et le plan des interviews avec les prestataires de services. Ce sont des enquêteurs tanzaniens qui ont effectué les enquêtes de terrain. L'équipe de recherche tanzanienne et HFS ont également cherché des informations avec documentation pertinente auprès du MS, d'organisations professionnelles, d'organisations internationales et de bailleurs de fonds ainsi que de centres de recherche.[1]

Les travaux de terrain de la présente étude se sont déroulés en trois parties. Premièrement, une équipe de recherche HFS s'est déplacée en Tanzanie en décembre 1993 pour une première planification de l'activité et pour recueillir des informations auprès d'homologues tanzaniens. Ensuite, l'équipe de recherche tanzanienne a effectué des interviews auprès des prestataires de janvier à avril 1994, interviews auxquelles a participé, à certains moments, le personnel HFS. Enfin, le personnel HFS s'est déplacé en Tanzanie en octobre 1994 pour discuter des résultats pour obtenir des commentaires sur l'avant-projet du rapport de la part des homologues du Ministère de la Santé et de l'équipe de recherche tanzanienne.

1.3 ORGANISATION DU RAPPORT

La Section 2 décrit la méthodologie et la base de données de l'étude. La Section 3 fournit le contexte de l'analyse en décrivant l'état de santé de la population tanzanienne, les buts et les priorités du secteur de santé et l'état d'avancement de la réforme publique du secteur santé. La Section 3 décrit également le contexte économique et de financement de la santé dans lequel sont appliquées les politiques du développement du secteur privé de la santé. La Section 4 présente les résultats des travaux de terrain de l'étude et de la collecte de données sur : 1) la dimension et l'ampleur du secteur privé ; 2) les contributions faites par les prestataires du secteur privé au programme de santé public ; 3) la collaboration existante et les liens entre les secteurs public et privé et 4) les facteurs affectant le développement du secteur privé, y compris le contexte réglementaire et financier. La dernière section met en exergue les principaux résultats de l'étude et propose conclusions et recommandations.

[1] Pour une liste complète de contacts, voir Annexe 1.

2.0 METHODOLOGIE

2.1 DEFINITIONS ET TYPOLOGIES POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE DU SECTEUR PRIVE

Cette étude a suivi l'approche méthodologique que le Projet information pour prise de décisions de l'USAID (pour HHRAA) a utilisé pour l'étude comparative de quatre pays concernant le développement du secteur privé en Afrique (Berman et Hanson, 1993). Cette méthodologie a identifié une typologie simple utilisant les critères "propriété" et "financement" comme points de départ pour distinguer les secteur public et privé et identifier les combinaisons se présentant souvent dans la pratique (voir ***Tableau 2-1***). Cette distinction a été faite car les services de santé privés peuvent recevoir un financement public (par exemple, de taxes publiques ou d'assurance sociale) et les formations sanitaires faisant partie du secteur public peuvent recevoir un financement privé (par exemple, les paiements des patients ou les paiements des assurances-maladies contractées par des personnes privées ou financées par des employeurs du secteur privé).

Ces combinaisons de propriété et de financement public et privé aident à identifier certains des grands domaines de collaboration publique-privée possibles. Par exemple, la politique de privatisation récente de la Tanzanie cherche à augmenter la participation du capital privé à la propriété et à la prestation de services de soins de santé. L'un des grands intérêts du MS est de faire un examen du développement du secteur privé pour évaluer si la suppression des anciennes restrictions a effectivement encouragé l'investissement de capitaux privés dans les services de santé et/ou a stimulé la croissance dans le nombre de prestataires de services de santé ayant une pratique privée (représenté par le cadrant en-bas à droite de la matrice du ***Tableau 2-1***).

Les réformes récentes du financement de la santé en Tanzanie ont également établi une mesure de financement privé pour les services de santé publics en permettant le recouvrement des paiements des utilisateurs dans les formations sanitaires publiques. Ces changements concernant les paiements des utilisateurs dans le secteur public sont un aspect très important des efforts faits par la Tanzanie pour améliorer les services de santé et sont représentés dans le cadrant en haut à droite de la matrice. Mais la présente étude se concentre dans les deux cadrants du bas—à savoir, les partenariats publics-privés (en bas à gauche) et les activités uniquement financées et aux mains du privé (en bas à droite).

On peut utiliser divers critères pour distinguer davantage entre les prestataires du secteur privé. Un des critères souvent utilisés pour faire une distinction plus prononcée des prestataires du secteur privé est l'orientation financière—est-ce qu'ils travaillent à but lucratif ou à but non lucratif. Les prestataires à but lucratif concernent tous les praticiens traditionnels et de médecine occidentale travaillant individuellement ou collectivement. Les prestataires à but non lucratif sont généralement les missions confessionnelles ou autres organismes volontaires mais la ligne qui divise ceux à but lucratif de ceux à but non lucratif est souvent difficile à identifier. Souvent, c'est une catégorie juridique à des fins fiscales plutôt qu'une distinction dans la pratique.

L'orientation médicale (à savoir médecine traditionnelle ou moderne) et la complexité de la formation sanitaire et des services offerts (hôpitaux, centres de santé ou dispensaires) sont parmi les autres critères courants. Ces critères servent surtout à souligner la grande diversité entre les prestataires du secteur privé qui

tous influencent, non seulement la contribution éventuelle des prestataires privés au programme de santé public mais également les mécanismes appropriés pour les partenariats publics-privés.

TABLEAU 2-1
TYPOLOGIE DES PRESTATAIRES DE SANTE PAR TYPE DE PROPRIETE ET FINANCEMENT

Propriété	Financement	
	Public	Privé
Public	Services gratuits fournis dans des formations sanitaires publiques	Services payants fournis dans des formations sanitaires publiques
Privé	Services fournis par mission religieuse ou autres ONG avec subventions du gouvernement pour les salaires et les autres dépenses de fonctionnement	1) Services fournis par des praticiens privés financés par paiement-pour-services ou assurances ou arrangements pris par l'employeur ; ou 2) Services fournis par des praticiens privés financés directement par patients et/ou parents ; ou 3) Services fournis par des praticiens privés financés par le biais d'arrangements pris par l'employeur

Source : Berman et Hanson, 1993

2.2 TYPOLOGIE DES PRESTATAIRES PRIVES

Aux fins de la présente étude, des prestataires de santé du secteur privé dans le secteur formel en Tanzanie sont regroupés dans trois grandes catégories et cinq sous-catégories. Les trois catégories reflètent les grands groupes de propriétaires ainsi que l'orientation financière des prestataires privés. Les sous-catégories reflètent l'histoire complexe du secteur privé de la santé en Tanzanie et représentent différents types de relations avec le secteur public.

2.2.1 Prestataires à but non lucratif (organismes volontaires)

- La première catégorie comprend les prestataires possédés, financés et gérés par une "organisation agréée", généralement religieuse ou autres entités agréées à but non lucratif (à savoir, les hôpitaux, les dispensaires, les autres formations sanitaires dépendant de l'Eglise luthérienne, de l'Eglise catholique, des Assemblées de Dieu, du Conseil musulman de la Tanzanie [Bakwata], de la Croix rouge, de Bahai et des Unions coopératives). Les organismes volontaires entretiennent de solides relations avec le Gouvernement de la Tanzanie et reçoivent des subventions de l'Etat sous forme de personnel et/ou de dons de lits.

  Un sous-groupe spécial de cette catégorie comprend 17 Hôpitaux de districts désignés (HDD) qui sont aux mains d'organisations religieuses et gérés par ces organisations mais entièrement

financés (personnel et tous les coûts de fonctionnement) par le gouvernement qui a pris la responsabilité de ces établissements peu après l'Indépendance. Vu que ces organismes fonctionnent comme le réseau des formations sanitaires du gouvernement et servent une partie de ce réseau, ils sont généralement considérés comme publics bien que des organisations privées restent propriétaires des locaux. Deux grands hôpitaux de référence désignés par le gouvernement comme hôpitaux de zone, les hôpitaux de référence nationaux—le Centre médical chrétien de Kilimandjaro (Eglise luthérienne) et l'Hôpital Bugando (Eglise catholique)—rentrent dans cette catégorie.

2.2.2 Prestataires dépendant des employeurs

- La seconde catégorie comprend les formations sanitaires appartenant à des organisations parapubliques et à des sociétés privées et devant traiter leurs propres employés et les familles à charge. Ces unités fournissent parfois des services à des non-employés sur la base de services payants.

  Un grand nombre d'importantes sociétés en Tanzanie, dont la plupart sont des organisations parapubliques (quasi privées), fournissent des services de santé aux employés et aux familles à charge. Une enquête informelle faite auprès d'employeurs en 1991 constatait que la plupart des grands employeurs à Dar es Salaam gèrent leurs propres cliniques et payent les frais hospitaliers des employés et de leurs familles (Forgy, 1992). Une étude plus récente a fait une enquête auprès de 200 employeurs avec 20 employés ou plus regroupant au total 60 000 employés. L'enquête constatait que seules sept sociétés n'offraient pas de soins de santé à leurs employés (Abel-Smith et Rawal, 1992). L'arrangement le plus courant consistait à ce que les cliniques privées passent des contrats avec les sociétés pour les services de santé des employés (46 pour 100 des sociétés enquêtées), suivies par le type de dispensaires de la société opérant sur place (24 pour 100). Onze pour cent des employeurs enquêtés fournissaient des services de santé professionnelle. Généralement, plus l'employeur est important, plus il est susceptible de gérer une clinique sur les lieux du travail. Les services de santé offerts par le biais de ces sociétés couvrent généralement tous les employés dès leur premier jour de travail.

2.2.3 Prestataires à but lucratif

- La troisième catégorie est un groupe de formation sanitaire utilisant des permis obtenus auprès d'"organisations agréées" leur permettant d'établir des unités de soins de santé à but lucratif avec peu, voire aucune supervision de la part des organisations agréées. Ces prestataires affiliés négocient avec les organisations compétentes pour pouvoir utiliser l'autorisation obtenue auprès du Ministère de la Santé (MS) leur permettant de démarrer, d'être propriétaires et de gérer une unité à but lucratif. Souvent, ces unités ne sont pas officiellement reconnues par le gouvernement mais, depuis la libéralisation des lois en 1991, un certain nombre d'entre elles se sont détachées des "organisations agréées", ont changé de nom et ont changé leur statut officiel, devenant des prestataires à but lucratif (voir ci-après).
- La quatrième catégorie comprend des organisations telles que la Fondation Aga Khan et Hindu Mandal ainsi que des particuliers qui ont le droit de gérer des services de soins de santé pour un but lucratif en faisant une demande auprès du Ministère de la Santé lorsque d'autres possibilités se sont avérées trop longues ou guère favorables.

- La cinquième et la plus grande catégorie recoupe tous les autres dispensaires, cliniques, maternités et hôpitaux à but lucratif entièrement financés par des particuliers et/ou des organisations privées et qui ont été autorisés suite à la Loi de 1991 sur l'exercice privé.

  Ce groupe de prestataires s'est rapidement accru depuis la promulgation de la Loi de 1991 sur l'exercice privé visant à diminuer les contraintes entravant la croissance du capital privé pour la prestation des services de santé. Une partie de cette croissance est représentée par des prestataires qui, par le passé, travaillaient sous le parapluie des "organisations agréées" (tel que discuté ci-dessus) mais qui ont pris un statut entièrement indépendant. La plupart des services à but lucratif sont situés dans les grandes zones urbaines. Il s'agit essentiellement de petits dispensaires dans des villes comme Dar es Salaam qui n'ont que des consultations externes. Généralement, le propriétaire est un médecin qui travaille dans le secteur public. Il est aidé par un assistant ou une infirmière et vient le soir ou à temps partiel. Les dentistes privés entrent également dans cette catégorie.

- Une sixième catégorie des prestataires privés comprend tous ceux qui font partie du secteur informel. Ces prestataires sont les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs spirituels et certaines personnes qualifiées ou non qualifiées qui pratiquent la médecine moderne sans patente et qui vont de maison en maison pour traiter les patients. Les guérisseurs traditionnels sont encore très appréciés en Tanzanie même dans les zones urbaines où les établissements sanitaires modernes sont les plus accessibles. La reconnaissance de cette catégorie par le Ministère de la Santé reste théorique en faisant plus ou moins exception des accoucheuses traditionnelles. Celles-ci sont une source importante de soins de santé dans plusieurs parties du pays, assistant jusqu'à 30 pour 100 de toutes les naissances dans certaines régions. Le gouvernement a apporté une formation aux accoucheuses traditionnelles portant sur des pratiques obstétriques sans risques et des groupes communautaires tels que le Conseil de la ville de Dar es Salaam travaillent avec les accoucheuses traditionnelles dans le cadre de programmes communautaires de soins de santé primaires.

Outre les prestataires de services directs qui sont au centre de la présente étude, le secteur privé de la santé en Tanzanie comprend un groupe important de détaillants pharmaceutiques. Ce groupe comprend des pharmacies privées, des cliniques d'examen et des magasins au détail. Seules les pharmacies agréées peuvent vendre légalement des médicaments en Tanzanie. Selon les statistiques du gouvernement, les pharmacies et les détaillants du secteur privé ont distribué un tiers de tous les médicaments (par valeur) fournis à la Tanzanie en 1990-91 (MS, 1991). L'enquête EDS a constaté qu'environ 5 pour 100 des utilisateurs de la planification familiale ont obtenu leurs contraceptifs auprès de ces endroits. Le ***Tableau 2-2*** récapitule certaines catégories de prestataires privés en Tanzanie.

2.3 BASE DE DONNEES

Pour réaliser cette étude, il a fallu dépendre énormément de sources secondaires d'informations existantes dans les rapports, les analyses, les statistiques du gouvernement et les enquêtes. Le MS et plusieurs autres bailleurs de fonds avaient déjà réalisé diverses activités de recueil de données et d'analyses sur le rôle actuel et potentiel du secteur privé dans le domaine des soins de santé en Tanzanie (par exemple, MS, 1994b ; Banque mondiale, 1989 et 1993a ; USAID, 1990 ; Vethouse Associates, Inc., 1994 ; Abel-Smith et Rawal, 1992 et 1993b). L'équipe HFS a rencontré un nombre important d'organisations et d'individus pour obtenir ces informations, notamment plusieurs divisions du MS. (Voir Annexe 1 pour une liste des contacts.) Deux

enquêtes spéciales étaient également disponibles au moment de l'étude, l'une réalisée dans le cadre d'une initiative sanitaire urbaine à Dar es Salaam (Kanji, Kilima et Munishi, 1992 et Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993) et l'autre faisant partie du projet Enquête démographique et de santé (EDS, 1991-92). L'équipe de recherche HFS a également analysé plus en détail l'ensemble de données de l'Enquête démographique et de santé pour obtenir des informations sur la contribution du secteur privé à certains services de santé publique en Tanzanie.

Cette étude synthétise toute l'information provenant de ces sources de données ainsi que d'une autre activité de collecte de données, à savoir : une enquête basée sur des interviews de 61 prestataires privés et des interviews avec des patients dans certaines formations sanitaires (l'Annexe 2 comprend des exemples des questionnaires des interviews). L'enquête auprès des prestataires était conçue essentiellement pour combler les lacunes d'informations concernant l'impact des politiques publiques et autres facteurs sur les modes d'exercice des prestataires privés. L'enquête informelle auprès des patients a été conçue pour mieux comprendre les facteurs qualitatifs affectant la consultation des services de santé publics ou privés.

TABLEAU 2-2
TYPOLOGIE DES PRESTATAIRES PRIVES DE SOINS DE SANTE EN TANZANIE

Basés chez l'employeur	Organismes volontaires*	Privés à but lucratif
Organismes parapublics et sociétés privées	Eglises (catholique, protestante) et groupes islamiques (par exemple, BAKWATA) ONG (Croix rouge, etc.) Organismes privés à but non lucratif affiliés aux organismes volontaires	Hôpitaux, cliniques, dispensaires, maternités et dentistes indépendants A but lucratif, affiliés à des organismes volontaires Prestataires traditionnels du secteur informel : - Accoucheuses traditionnelles - Herboristes - Spiritualistes Détaillants pharmaceutiques : - Pharmacies - Magasins au détail

* Comprend les Hôpitaux de districts désignés (HDD)

2.4 ECHANTILLON DE L'ENQUETE SUR LE TERRAIN

L'équipe de recherche tanzanienne a choisi deux régions, Dar es Salaam et Kilimandjaro, pour interviewer des prestataires de santé privés car une enquête initiale faite en 1993 a indiqué une activité accrue du secteur privé dans ces régions qui a également été indiquée dans les documents officiels du Ministère de la Santé. Dans les deux régions, il existe diverses catégories d'entités du secteur privé allant des catégories privées à but lucratif à celles privées à but non lucratif. Un échantillon proportionné a été choisi aléatoirement auprès des cinq catégories de prestataires privés identifiées ci-dessus comprenant au total 61 unités des deux régions.

Les interviews ont été faites à l'aide d'un questionnaire souple mis au point et prétesté (voir Annexe 2). Les interviews ont été faites auprès des propriétaires, des responsables et des gestionnaires dans 61 unités de l'échantillon. L'équipe de recherche a également interviewé les personnes responsables de l'enregistrement, de la gestion et du suivi du secteur privé de la santé dans les bureaux centraux du MS à Dar es Salaam, ainsi que dans les bureaux régionaux et municipaux. On a également interviewé des responsables régionaux de certaines organisations agréées telles que Bahai, la Croix rouge et Holy Leaf.

L'équipe a également effectué une mini-enquête des utilisateurs de certains services d'hôpitaux privés dont on sait qu'ils attirent les patients des hôpitaux publics et ceux habitant à une assez grande distance. Ces interviews ont été informelles et cherchaient à dégager des informations sur les divers aspects attirant les gens vers le secteur privé alors qu'ils pouvaient se faire soigner gratuitement dans des centres publics situés dans leur voisinage.

L'enquête faite par interviews ne couvrait pas le secteur informel de la santé qui comprend les guérisseurs traditionnels et les accoucheuses traditionnelles car il ne fut pas possible de faire un plan de sondage pour cette catégorie. Toutefois, une étude détaillée de ce secteur serait très utile au regard de la demande importante pour les services des guérisseurs traditionnels et professionnels connexes.

3.0 CONTEXTE SANITAIRE ET ECONOMIQUE

3.1 STATUT DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE

La présente section récapitule les principales caractéristiques de la situation démographique et sanitaire en Tanzanie dans laquelle doivent fonctionner des prestataires de services des secteurs de santé public et privé. La Tanzanie a réussi à améliorer très nettement l'état de santé depuis l'Indépendance et à atteindre un taux élevé de vaccination des enfants. Le pays a également réussi à augmenter le nombre des formations sanitaires et du personnel pour rendre les services disponibles à la majorité de la population. Toutefois, il reste de graves problèmes, surtout en ce qui concerne les problèmes "traditionnels" de santé publics tels que le paludisme et les maladies respiratoires ainsi que les faibles taux de prévalence de la contraception vu les taux de croissance élevés de la population. La propagation du VIH/SIDA et l'accroissement connexe dans les taux de tuberculose confrontent le système de santé public à de graves problèmes. Ces problèmes de santé sont distribués de manière inégale entre les populations urbaines et rurales, entre les enfants et les adultes et entre les personnes instruites et celles moins instruites.

3.1.1 Population et démographie

Le Tableau 3-1 présente les indicateurs démographiques de la Tanzanie de 1967 à 1988. Mi-1994, la population de la Tanzanie est estimée à 29,8 millions de personnes (PRB, 1994). Elle a triplé depuis 1948. Selon le recensement de 1988, la population s'accroît à un taux annuel de 2,8 pour 100, taux qui était de 3,2 pour 100 de 1978 à 1988, tel que l'indique le ***Tableau 3-2***. Mais d'autres estimations nous donnent un taux de croissance de 3,4 pour 100 par an, l'un des plus élevés en Afrique, plus élevé que la moyenne de 3,1 pour l'Afrique de l'Est (PRB, 1994). La population de la Tanzanie doublera dans les 21-25 ans à venir suivant le taux de croissance estimé. Ce taux de croissance élevé conjugué aux diminutions dans la mortalité infantile ces 20 à 30 dernières années a valu une population très jeune dans le pays. L'on estime que 47 pour 100 de la population a moins de 15 ans.

Bien que le pays soit encore peu peuplé, la densité générale de la population a augmenté, passant de 14 personnes au kilomètre carré en 1967 à 26 personnes en 1988. En 1978, seules cinq des 20 régions administratives du pays (y compris Zanzibar) comptaient plus d'un million de personnes. En 1988, ce chiffre avait grimpé à 12. A l'instar de maintes parties de l'Afrique, la population urbaine a quasiment triplé depuis 1967 et est estimée actuellement à plus de 18 pour 100 de la population entière. Les zones urbaines croissent actuellement à un taux annuel de 5,68 pour 100 et la majeure partie de cet accroissement est due à l'exode rural (Gouvernement de la Tanzanie, 1994).

L'indice synthétique de fécondité de la Tanzanie, s'il est relativement élevé, a pourtant diminué progressivement ces 15 dernières années, passant de 6,9 enfants par femme en 1978 à 6,3 en 1992 (EDS, 1991-92). Il existe de très nettes différences dans les taux de fécondité entre les zones urbaines et rurales et entre les différentes régions, tel que le montre le ***Tableau 3-3***. Les femmes à Dar es Salaam ont en moyenne quatre enfants mais, dans plusieurs zones rurales du pays, les taux de fécondité peuvent aller de 6,9 à 7,1.

TABLEAU 3-1 INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, TANZANIE, 1967, 1978 ET 1988			
	Recensement		
	1967	1978	1988
Population (millions)	12,3	17,5	23,1
Densité de la population (pop./km²)	14	20	26
Population urbaine (pourcentage du total)	6,39	13,78	18,33
Taux brut de natalité	47	49	46
Taux brut de mortalité	24,4	19	15
Indice synthétique de fécondité	6,6	6,9	6,5
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	155	137	115
Espérance de vie à la naissance	41	44	48

Source : EDS, 1991-92.

TABLEAU 3-2 POPULATION TOTALE ET TAUX DE CROISSANCE DE LA POPULATION, TANZANIE, 1948-1988		
Année	Population	Taux de croissance (%)
1948	7 744 600	___
1957	9 084 100	1,77
1967	12 313 469	3,04
1978	17 512 611	3,20
1988	23 126 310	2,80

Source : Gouvernement de la Tanzanie, 1994.

Grâce en grande partie aux améliorations dans la santé publique, l'espérance de vie en Tanzanie est passée de 41 ans à la naissance en 1967 à 51 en 1994 (PRB, 1994). Une grande part de cet accroissement est due à la diminution des taux de mortalité infantile qui ont baissé de 225 pour 1000 naissances vivantes en 1961 à 92 en 1987. La mortalité pour les enfants de moins de cinq ans a diminué de 163 en 1977 à 153,6 en 1991 (EDS, 1991-92 ; MS, 1994b). Tel qu'indiqué sur le ***Tableau 3-4***, les estimations du taux de mortalité de l'EDS 1991-92 sont plus élevées pour les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans dans les zones urbaines que dans les zones rurales bien que Dar es Salaam ne soit pas incluse dans ces estimations.

TABLEAU 3-3 INDICES SYNTHETIQUES DE FECONDITE (ESTIMATIONS) PAR RESIDENCE ET PAR ZONE, 1991-1992	
	Indice synthétique de fécondité (Femmes âgées de 15 à 49 ans)
Résidence	4,0
Dar es Salaam	5,6
Autre région urbaine	6,6
Rurale	
Zone	
Littorale (Tanga, Morogoro, Côte, Dar es Salaam et Zanzibar)	5,7
Montagnes au Nord (Arusha et Kilimandjaro)	6,0
Lac (Tabora, Kigoma, Shinyanga, Kagera, Mwanza et Mara)	6,9
Centrale (Dodma et Singiga)	7,1
Montagnes au Sud (Iringa, Mbeya et Rukwa)	6,3
Sud (Lindi, Mtwara et Ruvuma)	5,1
Total	6,3
Source : EDS, 1991-92.	

Les taux de mortalité varient énormément d'une région à l'autre. Le taux de mortalité infantile de 128 pour 1000 naissances vivantes estimé pour les régions de Dodoma et de Singida au centre du pays est deux fois et demi le taux estimé de 55 pour les régions plus prospères d'Arusha et de Kilimandjaro (voir ***Tableau 3-4***).

La prévalence contraceptive reste faible en Tanzanie. Environ 7 pour 100 des femmes mariées utilisent généralement des méthodes modernes de contraception alors que ces taux sont de 36 pour 100 et de 28 pour 100 au Zimbabwe et au Kenya respectivement (EDS, 1991-92 ; PRB, 1994). Tel qu'on peut s'y attendre, les taux d'emploi de la contraception sont les plus élevés chez les femmes des zones urbaines, y compris Kilimandjaro (25 pour 100), Arusha (12 pour 100) et Dar es Salaam (11 pour 100), alors que seules 1 pour 100 à 3 pour 100 des femmes mariées utilisent la contraception moderne dans plusieurs des régions rurales du pays.

3.1.2 Etat de santé et grands problèmes de santé

Les maladies infectieuses restent la cause première de la mortalité et de la morbidité en Tanzanie. Le paludisme, les infections des voies respiratoires supérieures et les maladies diarrhéiques sont parmi les grandes causes de maladie et les principales causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans (MS, 1993). La malnutrition chronique, cause sous-jacente de la plupart de la mortalité infantile est également prévalente dans le pays. L'EDS de 1991-92 constatait que presque la moitié (47 pour 100) des enfants enquêtés étaient rabougris, indication de malnutrition par le passé et 20 pour 100 étaient gravement rabougris. Presque 6 pour 100 des enfants souffraient de malnutrition aiguë (atrophie) pendant l'enquête et 29 pour 100 avaient un poids insuffisant (EDS, 1991-92). Les différences régionales sont importantes ; la proportion d'enfants avec un poids insuffisant dans la région de Mtwara et à Zanzibar était d'au moins le double (48 pour 100 et 40 pour 100 respectivement) de la proportion à Dar es Salaam (20 pour 100) et la proportion d'enfants d'un poids très insuffisant était trois fois aussi importante. En outre, l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance, un

des grands risques de mortalité infantile et une indication d'une mauvaise nutrition maternelle, était constatée pour 17 pour 100 de toutes les naissances (EDS, 1991-92).

TABLEAU 3-4
TAUX ESTIME DE MORTALITE INFANTILE ET JUVENILE PAR RESIDENCE ET PAR ZONE, TANZANIE, POUR LA DECENNIE 1981-1991

	Taux de mortalité[1]		
	Néonatal	Infantile	moins de cinq
Résidence			
Urbaine[2]	52,1	108,3	159,2
Rurale	36,9	97,2	152,2
Zone[3]			
Littorale (Tanga, Morogoro, Côte, Dar es Salaam et Zanzibar)	44,7	107,0	160,3
Montagnes au Nord (Arusha et Kilimandjaro)	34,4	55,5	78,6
Lac (Tabora, Kigoma, Shinyanga, Kagera, Mwanza et Mara)	38,1	107,1	168,9
Centrale (Dodma et Singiga)	51,2	127,9	190,6
Montagnes au Sud (Iringa, Mbeya et Rukwa)	31,8	79,9	130,2
Sud (Lindi, Mtwara et Ruvuma)	41,5	99,1	163,1
Total	40,0	99,4	153,6

[1] pour 1000 naissances vivantes
[2] non compris Dar es Salaam et Zanzibar

Source : EDS, 1991-92

La mortalité néonatale et périnatale est également très importante. La vaste majorité des femmes (97 pour 100) reçoivent du moins certains soins prénatals mais un peu plus de la moitié (53 pour 100) accouchent dans une formation sanitaire avec l'assistance d'un personnel médical ou paramédical formé. Quarante-six pour cent des femmes accouchent à la maison avec l'aide de la famille, d'accoucheuses traditionnelles ou sans l'aide de personne (EDS, 1991-92). En général, les accoucheuses traditionnelles assistaient à 13 pour 100 de tous les accouchements signalés pendant l'EDS. L'utilisation des accoucheuses traditionnelles varient grandement d'une région à une autre : 30 pour 100 ou plus pour toutes les naissances dans les régions de Rukwa et d'Iringa et tout juste trois pour cent dans les régions de Ruvuma, Mwanza et Tabora.

Les taux de vaccination des enfants sont assez élevés en Tanzanie selon l'EDS et les enquêtes du PEV. Soixante-et-onze pour cent des enfants entre 12 et 23 mois étaient entièrement vaccinés, 56 pour 100 pendant leur première année et 4 pour 100 seulement des enfants de 12 à 23 mois n'avaient pas reçu de vaccination. La couverture générale était de 95 pour 100 pour le BCG, 81 pour 100 pour la rougeole, 77 pour 100 pour la troisième dose de la poliomyélite et 80 pour 100 pour la troisième dose du DTCoq. Les taux de vaccination varient plus ou moins d'une région à une autre mais c'est uniquement dans trois des régions du pays (Shinyanga, Mara et Arusha) que les taux de couverture vaccinale complète sont inférieurs à 60 pour 100 (EDS, 1991-92).

Les progrès réalisés dans la mortalité infantile et juvénile ces dernières années sont annulés par l'impact de l'épidémie du SIDA dans le pays. Selon les estimations de la Banque mondiale, au début des années

90, le SIDA a fait entre 20 000 et 30 000 victimes par an, représentant 5-7 pour 100 de tous les décès. Le SIDA est à présent la maladie la plus meurtrière, avant le paludisme, chez les adultes et une cause significative de décès chez les enfants. Selon une estimation, le taux de mortalité infantile en l'an 2010 sera 30 pour 100 plus élevé qu'il ne le serait en l'absence du SIDA et l'espérance à la vie sera diminuée de 35 pour 100 pour la même raison (Perspectives internationales de planification familiale, 1993).

L'épidémie a eu un rude impact sur les ressources de soins de santé du pays. La Banque mondiale estime que presque la moitié (25-27 millions de dollars) du budget de santé total du gouvernement (58 millions de dollars en 1991) a été dépensé pour le seul traitement du SIDA (Perspectives internationales de planification familiale, 1993). Les taux actuels de prévalence du VIH sont estimés entre 1,4 pour 100 et 5,3 pour 100, soit une moyenne de 2,5 pour 100 au sein de la population urbaine et allant jusqu'à 17 pour 100 dans certaines régions (par exemple, Kagera) (Perspectives internationales de planification familiale, 1993). Lorsque, dans les années à venir, les personnes séropositives contracteront le SIDA et que le taux de prévalence du SIDA s'accroîtra, l'impact de la maladie sur le budget de la santé ainsi que sur l'économie en général se fera encore plus lourd. Un des grands problèmes que rencontrera le secteur de la santé en Tanzanie—tant public que privé—sera de prévenir et de lutter contre la propagation du SIDA et les accroissements dans les maladies connexes telles que la tuberculose.

3.1.3 Objectifs et approche du secteur de santé public

Le but général du secteur santé en Tanzanie était d'améliorer la santé et le bien-être de la population faisant particulièrement attention à l'équité et à l'accès aux services de soins de santé primaires. Le Ministère de la Santé souligne "une disponibilité universelle équitable des soins de santé essentiels à un coût que peuvent se permettre le pays et la communauté" (MS, 1994b). De fait, la Tanzanie était parmi les premiers pays africains à chercher à mettre à la disposition de toute la population les services sociaux, de santé et d'éducation. Jusqu'à récemment, ces activités ont surtout été parrainées, gérées et financées par le gouvernement. Des efforts d'"entraide" communautaire consistaient à fournir la main-d'œuvre pour construire des centres de santé et des écoles et le gouvernement se chargeait par la suite du personnel et du fonctionnement.

Voici les objectifs spécifiques contenus actuellement dans la politique du gouvernement (MS, 1994b) :

- diminuer la mortalité et la morbidité infantiles ;
- augmenter l'espérance à la vie ;
- diminuer la mortalité et la morbidité maternelles ;
- lutter contre les maladies transmissibles ;
- vérifier le traitement des maladies courantes ;
- garantir la disponibilité et l'accès à tous dans les zones urbaines et rurales ;
- viser l'autosuffisance pour le personnel de santé ;
- éduquer les communautés quant aux problèmes courants de santé de la prévention et la responsabilité personnelle de la santé individuelle ;
- promouvoir les communications multisectorielles (éducation, agriculture, eau et assainissement, développement communautaire, organisations féminines, partis politiques et organisations non gouvernementales).

Depuis l'Indépendance, les efforts faits par le gouvernement pour étendre la couverture sanitaire pour la population a permis une expansion très significative des formations et du personnel de santé tel que le montre le ***Tableau 3-5***.

3.2 CONTEXTE ECONOMIQUE

La section suivante revoit le contexte économique dans lequel le Gouvernement de la Tanzanie doit mettre en œuvre sa politique de santé et financer les services de santé du secteur privé. Un examen de l'histoire économique récente indique que la Tanzanie, à l'instar de la plupart des pays africains, a vu sa situation se détériorer gravement depuis la fin des années 70 et pendant les années 80, d'où de graves contraintes budgétaires pour le gouvernement et plusieurs accords passés avec le Fonds monétaire international. En 1990, la dépendance de l'assistance étrangère était cinq fois plus élevée qu'au moment de l'Indépendance en 1961. Bien que le budget de santé du gouvernement se soit accru pendant cette période, à la fin des années 80, il n'était pas en ligne avec l'inflation ou la croissance de la population et les services de santé se sont détériorés vu le manque de disponibilité de médicaments nécessaires et le manque d'entretien des locaux. La Tanzanie dépense une part plus grande de son PIB pour la santé que les autres pays avec des niveaux de revenus analogues mais, en 1990, l'espérance de vie était plus faible que ne le laisseraient supposer son revenu et son niveau d'éducation national.

Ces conditions ont montré au gouvernement que sa capacité à développer, à améliorer et à maintenir des services de santé gratuits était devenue limitée. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé a envisagé et a adopté plusieurs étapes vers de grandes réformes du financement de la santé demandant aux patients de payer pour les services et, en ce qui concerne la prestation de soins, demandant au secteur privé de travailler en partenariat avec le gouvernement pour la prestation des services de santé.

3.2.1 Tendances macroéconomiques

Au moment de l'Indépendance en 1961, l'économie de la Tanzanie se fondait sur l'entreprise privée et était à dominance agricole. Après l'Indépendance jusqu'en 1967, il n'y a eu aucun grand changement dans la structure de l'économie de l'entreprise libre. Le PIB annuel croissait à un taux de plus de 6 pour 100, les exportations à un taux de 8 pour 100 par an et le secteur manufacturier à un taux de 13,2 pour 100 par an.

TABLEAU 3-5 CROISSANCE DES SERVICES DE SANTE DU SECTEUR PUBLIC EN TANZANIE			
	1961	1994	Accroissement
1. Formations			
Hôpitaux	98	174	78
Centres de santé ruraux	22	276	1 154
Dispensaires	875	3 924	266
2. Personnel			
Médecins	ND	1 134	__
Responsables médicaux	415	1 349	273
Assistants médicaux	200	2 233	1 016
Infirmiers niveau A	388	7 972	410
Infirmiers niveau B	984	12 721	1 193
Aides médicaux ruraux	380	4 203	1 006
Professionnels sanitaires connexes	ND	12 592	__
Aides de santé maternelle et infantile	400	3 707	826

ND = données non disponibles
Source : MS, 1994a.

De profonds changements dans les politiques sociales et économiques ont eu lieu entre 1967 et 1973. La Déclaration d'Arusha en février 1967 a mis en œuvre des politiques visant à atteindre les buts d'un état socialiste autodépendant. L'objectif était d'arriver à une justice économique, à l'équité, à la suppression de l'analphabétisme, de la pauvreté et des maladies. L'Etat est devenu le responsable de la santé, de l'éducation et de la nutrition. Toutes les grandes entreprises participant à la production, au marketing, à la distribution et aux finances ont été nationalisées. Lors de cette époque, l'économie a commencé à s'essouffler. Le PIB s'accroissait à un taux de 3 pour 100 par an, le secteur manufacturier croissait de 7,6 pour 100 par an, les exportations de 1,1 pour 100 par an et les importations ont augmenté à 7,1 pour 100 par an, créant un déséquilibre important du commerce.

L'économie tanzanienne a subi un certain nombre de chocs externes et internes après 1972. L'économie a subi son premier choc pétrolier en 1973, choc qui a valu une nette hausse des prix et des dépenses pour les importations. La sécheresse de 1973-74 est venue ensuite avec, pour conséquence, une très nette diminution dans l'offre vivrière nationale. Autre choc pour l'économie : la guerre de 1978-79 avec l'Ouganda, suivie par le second choc pétrolier en 1979.

Au début des années 80, le pays traversait une profonde crise économique (voir ***Graphique 3-1***). Le gouvernement a cherché à stabiliser l'économie en mettant en œuvre son propre programme de stabilisation qui n'a eu qu'un succès mitigé. En 1986, le gouvernement et le Fonds monétaire international (FMI) se sont mis d'accord sur un ensemble de mesures et de réformes de politiques sur trois ans. Un autre programme de stabilisation du FMI a suivi en 1989, cherchant essentiellement à rétablir le déficit très important de la balance des paiements de la Tanzanie (voir Annexe 3, ***Tableau A3-1***).

Environ 90 pour 100 de la population active de la Tanzanie dépend encore de l'agriculture pour sa subsistance. L'agriculture représentait 84 pour 100 des recettes d'exportation au début des années 90. Une faible densité de la population et une diversité des ressources agricoles expliquent un secteur agricole robuste. L'on estime que 8 pour 100 seulement des terres du pays sont cultivées et que 3 pour 100 seulement de ces terres sont cultivées sous irrigation. Le gouvernement cherche à augmenter la proportion des terres arables.

Le secteur industriel a souffert pendant les années 80. La Banque mondiale estime que, de 1965 à 1980, le taux de croissance annuel était de 4,2 pour 100 mais qu'il est tombé à zéro en 1980-90. Le manque de devises étrangères, les prix élevés du pétrole et une infrastructure faible sont au titre des problèmes auxquels est confronté le secteur industriel. Ce secteur vit de la substitution des importations bien que certains produits—par exemple, le textile et l'habillement—soient exportés vers les pays voisins. Les ressources minérales de la Tanzanie sont le charbon, les dépôts de minerai de fer, de phosphate, de cuivre, de plomb, d'étain, de nickel et de sulfure. Le pays extrait également de l'or et des diamants. Le ***Tableau A3-2*** en Annexe 3 indique la distribution du PIB par activité économique.

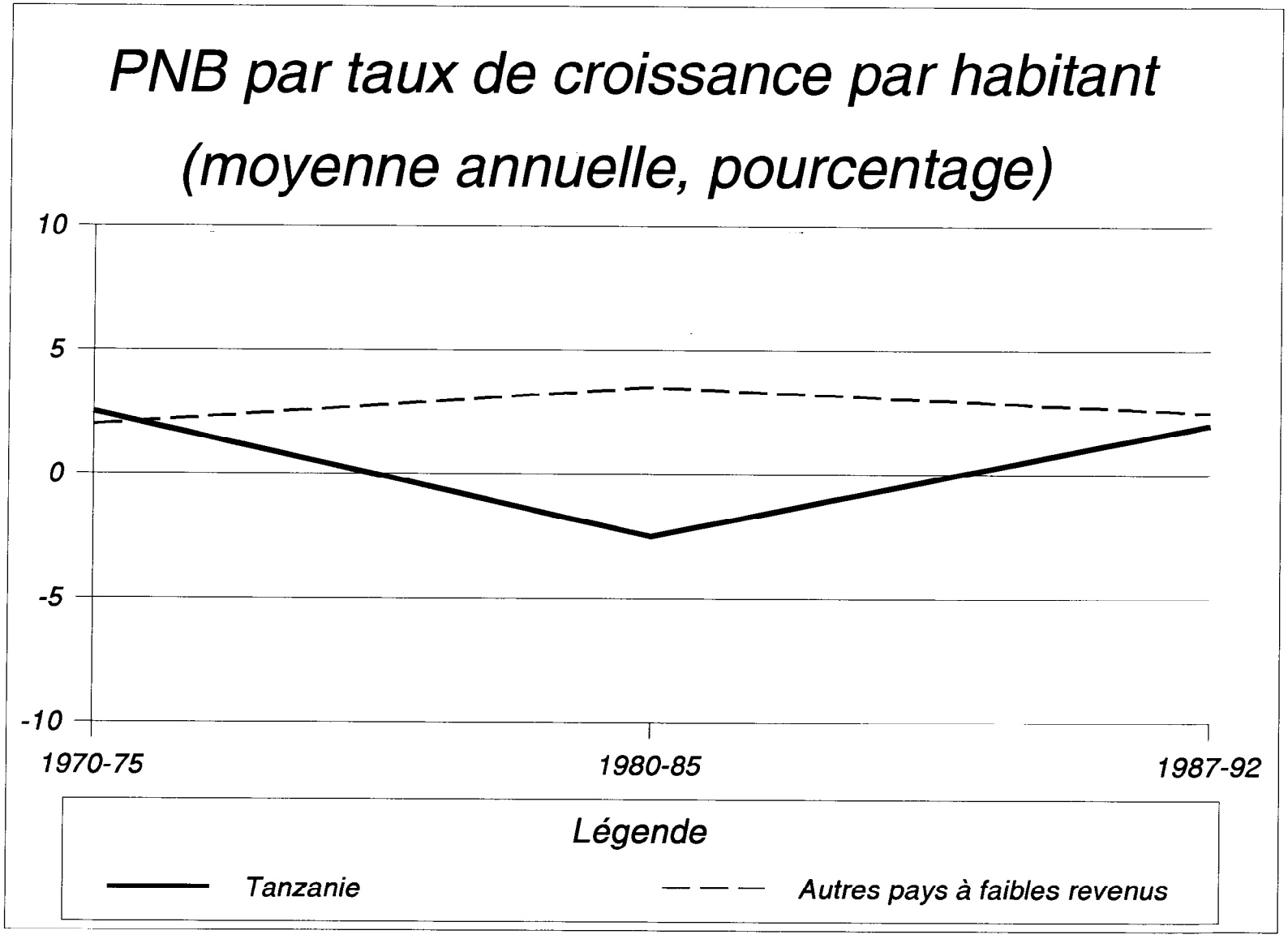
3.2.2 Financement des services de santé par l'Etat

L'affectation budgétaire à la santé a diminué, passant de 9,4 pour 100 au début des années à environ 6 pour 100 au début des années 80 et augmentant à nouveau pendant les années 80 pour passer à un niveau de 8 pour 100 en 1991 (MS, 1993). Tel le montre le ***Tableau 3-6***, l'accroissement dans les octrois budgétaires de l'Etat à la santé au début des années 80 ne suffisait pas pour compenser l'inflation qui s'élevait à une moyenne de 25,7 pour 100 pendant la décennie (Banque mondiale, 1993b) mais les accroissements pendant la deuxième moitié de la décennie dépassaient généralement le taux d'inflation.

Si l'on tient compte de l'inflation et du taux d'accroissement de la population, le budget du MS ne pouvait pas maintenir les dépenses par habitant en termes réels. Tel que nous le montre le ***Tableau 3-7***, les dépenses moyennes par habitant en termes réels dans le secteur de la santé public étaient d'environ 10 pour 100 de moins pendant la période 1989-93 qu'en 1980 et ne représentaient que 60 pour 100 du niveau du milieu et de la fin des années 70.

Bien que le gouvernement ait insisté sur l'autosuffisance, les mauvaises conditions économiques de la Tanzanie ont valu une dépendance de plus en plus systématique de l'aide étrangère. Le ***Tableau 3-8*** nous montre que, si la part du financement externe du budget total de fonctionnement et de développement ne représentait que 5 pour 100 en 1961, par contre en 1990, cette part était passée à pratiquement 30 pour 100. La proportion du financement externe dans le seul budget de développement était passée de 28 pour 100 en 1961 à pratiquement 200 pour 100 en 1990.

Les capacités amoindries du gouvernement au fur et à mesure que l'économie se détériorait, ont été accompagnées d'une augmentation dans la demande des services de santé de la part d'une population toujours croissante. Les services publics ont connu une détérioration de la qualité des soins avec notamment des pénuries chroniques des médicaments essentiels et un mauvais état de locaux qui avaient besoin d'être réparés. De nombreux chercheurs ont souligné ces conditions (voir par exemple, Munishi, 1991 et Kanji, Munishi et Kilima, 1992).



Graphique 3-1 PNB PAR TAUX DE CROISSANCE PAR HABITANT

TABLEAU 3-6
OCTROIS BUDGETAIRES DU GOUVERNEMENT POUR LA SANTE, 1979-1992

	Budget public total	Dépenses pour la santé	Changement dans dépenses nominales en %*	% du budget public total pour la santé
1979-80	13 969,9	818,7	—	5,9
1980-81	15 320,0	926,0	13	6,0
1981-82	18 399,1	1 072,3	16	5,9
1982-83	20 017,0	1 063,1	-0,1	5,3
1983-84	21 406,9	1 206,5	13	5,6
1984-85	26 728,0	1 816,2	50	6,8
1985-86	33 219,3	1 943,7	7	5,9
1986-87	51 142,1	3 256,2	67	6,4
1987-88	76 355,9	4 726,3	45	6,2
1988-89	ND	ND	—	ND
1989-90	113 964,0	9 101	—	7,9
1990-91	161 224,0	13 154,0	44	8,2
1991-92	199 670,0	16 409,0	25	8,2

ND = données non disponibles
* Le taux annuel moyen de l'inflation pour la période 1980-91 était de 25,7 pour 100.
Sources : MS, 1993 et Banque mondiale, 1993b.

TABLEAU 3-7
DEPENSES PUBLIQUES PAR HABITANT POUR LA SANTE EN TERMES REELS
(moyennes des périodes en 1980 Tshs.)

Période	Moyenne
1971-73	31
1974-79	45,5
1980-82	32,3
1983-88	25
1989-93	28

Source : Vethouse Associates, Inc., 1994

TABLEAU 3-8 PART DU FINANCEMENT EXTERNE DANS LE BUDGET PUBLIC DE LA TANZANIE POUR CERTAINES ANNEES 1961-1990 (en milliers de Tshs.)						
	Budget de développement	Budget de fonctionnement	Total	Financement externe	Part externe du budget de développement (%)	Part externe du budget total (%)
1961	133	598	731	37	28	5
1971	884	1 781	2 665	385	44	14
1981	5 185	13 214	18 399	2 954	57	16
1990	25 354	145 643	170 997	50 616	200	30
Source : Vethouse Associates, Inc., 1994						

3.2.3 Impact des dépenses publiques pour la santé

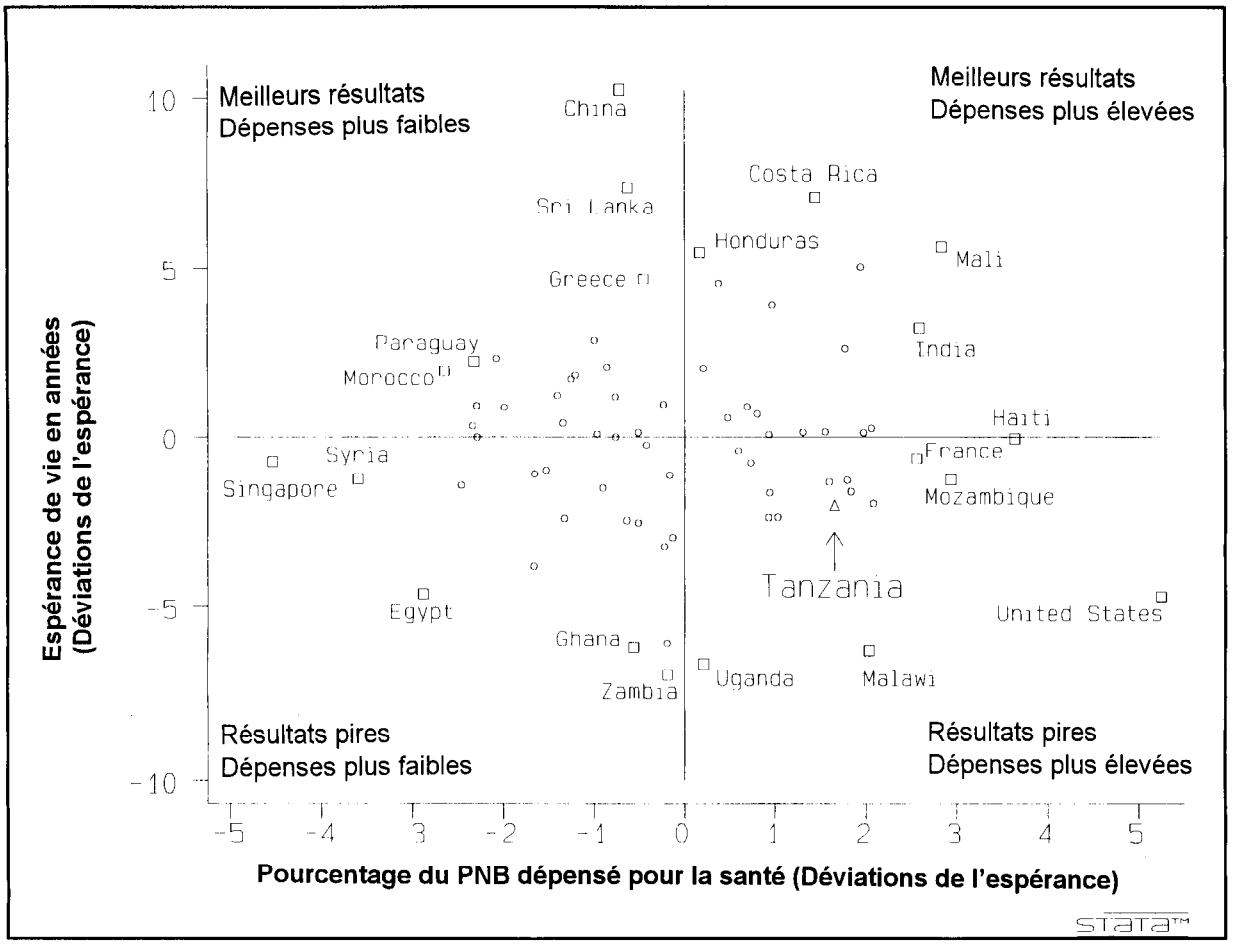
Le ***Graphique 3-2*** montre la position de la Tanzanie par rapport à 130 pays du point de vue espérance de vie et dépenses publiques pour la santé en 1990. Le graphique montre que, bien que la Tanzanie dépense une part plus importante de son PIB pour la santé que d'autres pays avec des niveaux de revenus analogues, l'espérance de vie est plus faible que ne le laisseraient penser la taille de l'économie nationale et le niveau d'instruction de la population. L'impact du VIH/SIDA a déjà diminué l'espérance de vie en 1990 et ces résultats montrent également que même la proportion importante du budget public affecté à la santé ne suffit pas pour répondre aux besoins actuels de la Tanzanie et devra donc être dépensée plus efficacement. Ces résultats indiquent également qu'il faut mobiliser les ressources privées pour aider au financement et à la prestation de services de santé que le gouvernement n'est plus en mesure de financer.

Par exemple, les estimations récentes indiquent que des fonds supplémentaires de 130 milliards de Tsh.—quasiment le triple du budget de santé de la Tanzanie en 1993-94—seraient nécessaires pour fournir l'ensemble complet de soins de santé de base que recommande à présent la Banque mondiale (Banque mondiale, 1993b). L'ensemble recommandé coûte environ 12 dollars par habitant pour les pays à faibles revenus, comparé à 3 dollars par habitant disponibles dans le budget de la santé 1993-94 de la Tanzanie (Vethouse Associates, Inc., 1994).

3.3 REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE

Le Ministère de la Santé a planifié d'importantes réformes dans l'organisation, le financement et la gestion du secteur de la santé et a déjà pris certaines mesures pour mettre en œuvre ces changements importants. C'est au regard des contraintes budgétaires et de la détérioration des services sanitaires publics que la Tanzanie a examiné sous un autre angle la tradition du pays, à savoir fournir des services sanitaires publics gratuitement à tous les habitants.

GRAPHIQUE 3-2
RELATION ENTRE DÉPENSES SANITAIRES ET ESPÉRANCE DE VIE



Source: *Rapport du Développement dans le monde (1993).*

Un des grands éléments de la réforme concerne l'introduction, en juillet 1993, du partage de coûts sous forme de services payants pour les services sanitaires publics afin de pouvoir mobiliser des sources privées de fonds pour combler le déficit du financement. Un autre pivot de la réforme concerne la Loi de 1991 sur l'exercice privé afin "d'aider et d'encourager le secteur privé à se développer et à fournir des soins de santé et de qualité pour compléter les efforts du gouvernement en vue d'une prestation de soins de santé équitable et abordable" (MS, 1994b).

3.3.1 Vue générale de la réforme

Le processus de réforme a commencé en 1993 par une stratégie de la santé insistant sur la nécessité de ré-examiner le système de prestation des services de santé. Une réunion s'est tenue à Mikumi du 2 au 23 novembre 1993 pour trouver les directions de la réforme. Un atelier national a été organisé à Kunduchi du 5 au 8 avril 1994 pour discuter des divers aspects dans un contexte plus représentatif (MS, 1994b). Les participants de l'atelier ont identifié trois catégories de problèmes dans le secteur santé : les questions d'organisation, les questions de gestion et les questions financières.

Parmi les problèmes organisationnels, on a noté l'emploi inadéquat du personnel des soins de santé, la faiblesse du système d'aiguillage et le rôle changeant de l'Etat, non plus prestataire de soins de santé mais régulateur ainsi qu'un secteur privé qui n'est pas suffisamment développé. Parmi les problèmes de gestion : le manque d'un plan complet pour le secteur santé, le manque de normes de performance et la faiblesse des systèmes de soutien à la gestion.

Les problèmes financiers identifiés sont particulièrement pertinents pour la présente étude, à savoir :

- Sous-financement à tous les niveaux, notamment pénuries de médicaments et de fournitures ;
- Détérioration des structures physiques et faible moral du personnel ;
- Dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds ;
- Octroi de ressources favorisant les soins curatifs ;
- Dépendance face à l'Etat comme étant la seule source de financement et de prestation des soins de santé ;
- Personnel attiré par le secteur privé ; et
- Traitement coûteux à l'étranger.

Face à ces problèmes organisationnels, administratifs et financiers, le MS a recommandé d'entreprendre ou de renforcer un certain nombre d'activités. Les mesures identifiées par le MS face aux problèmes organisationnels consistent à augmenter et à compléter le travail de l'Etat par le truchement du développement du secteur public en mieux ciblant l'investissement public, en confiant la responsabilité des systèmes de prestation aux collectivités locales, en améliorant le système d'aiguillage et en mettant en place un programme complet de soins de santé primaires. Les mesures proposées face aux problèmes de gestion sont les suivantes : définir les normes de soins appropriés et renforcer les capacités de planification, de gestion et de prestation de services, surtout au niveau local. Les mesures les plus pertinentes pour la présente étude sont celles visant les problèmes financiers :

- Accroître le financement pour la santé à 14 pour 100 minimum du budget de l'Etat ;
- Mieux cibler les ressources vers des services efficaces par rapport aux coûts ;

- Augmenter le financement privé par le biais de partage de coûts, assurance et paiements privés ;
- Développer de meilleures compétences de budgétisation et directives de comptabilité ;
- Augmenter la rétention du personnel par le biais de meilleurs plans de rémunération ;
- Revoir régulièrement les tarifs pour mieux refléter les coûts changeants ;
- Envisager des taxes telles les impôts indirects sur le tabac et l'alcool ;
- Renforcer les établissements de soins de santé primaires ;
- Fournir une meilleure formation portant sur la planification, la gestion et le financement de la santé ;
- Introduire la production locale de médicaments, d'équipement et de fournitures ; et
- Diminuer le traitement médical à l'étranger.

3.3.2 Réforme du secteur et développement du secteur privé

Tels que l'indiquent les buts de la réforme du secteur de santé, l'une des pierres angulaires de la réforme actuelle du secteur de santé est de faire davantage appel au potentiel au secteur privé et d'encourager le développement du secteur privé de sorte à compléter la prestation publique des services de santé. Cette politique consiste avec les efforts en vue de changer le rôle du gouvernement : non plus en prestataire de soins de santé mais en régulateur de cette prestation. Le changement d'attitude face au secteur privé tient à la connaissance des contraintes financières actuelles que connaît le secteur public, d'où l'obligation de chercher des sources non gouvernementales de soins de santé et tient également au contexte politique changeant.

Certains éléments spécifiques des efforts actuels en vue d'encourager le développement du secteur privé proviennent de l'histoire spécifique des relations entre le gouvernement et les prestataires de soins privés. Il est important de comprendre ce contexte historique pour saisir la dynamique de la réforme actuelle. Ces relations ont évolué dans du moins trois contextes politiques différents ces 50 dernières années en Tanzanie : 1) avant l'Indépendance en 1961 et immédiatement après ; 2) de la Déclaration d'Arusha en 1967 jusqu'à l'introduction du Programme d'ajustement structurel en 1988 et 3) depuis 1988 et surtout après la Loi de 1991 sur l'exercice privé.

3.3.2.1 Pré-indépendance jusqu'à la Déclaration d'Arusha en 1967

Avant l'Indépendance en 1961 et immédiatement après, le gouvernement a encouragé la croissance du secteur privé en général et celle du secteur santé en particulier. La législation d'avant l'Indépendance, par exemple le Décret pour les praticiens médicaux et les dentistes de 1959 (chapitre 409) autorisait les médecins et les dentistes à exercer leur profession et à faire payer pour leurs services. Ceux exerçant dans le privé n'avaient pas besoin, aux yeux de la loi, de faire une demande auprès du MS et rien n'indique qu'ils devaient payer des impôts. Les médecins employés par l'Etat qui traitaient les patients dans les grades I et II (grades élevés) avaient également des patients privés et payants à l'hôpital et pouvaient maintenir un cabinet privé à l'extérieur de l'hôpital après les heures de travail officielles. Ces praticiens touchaient 30 pour 100 des frais demandés au sein de l'hôpital.

La loi de 1959 ne permettait l'exercice privé que pour les praticiens médicaux et les dentistes mais excluait les autres catégories de personnel médical (par exemple, les infirmiers). Les assistants dentaires et les responsables médicaux (praticiens agréés) pouvaient exercer dans des institutions publiques mais uniquement sous les directives consultatives des médecins.

3.3.2.2 Déclaration d'Arusha jusqu'au Programme d'ajustement structurel

La Déclaration d'Arusha en 1967 établissait un gouvernement socialiste, décourageait la propriété privée et engageait le gouvernement à une politique d'"accès égalitaire" stipulant une prestation gratuite des services de santé et autres services sociaux pour la population. Pour mettre en œuvre cette politique dans le secteur santé, le gouvernement a encouragé les communautés à construire des locaux de santé dans le cadre du mouvement d'entraide mutuelle. Une fois ces locaux construits, le gouvernement fournissait personnel, équipement et médicaments. Ainsi, le gouvernement prenait la responsabilité d'un grand nombre de centres de santé et de dispensaires ruraux. Cette orientation explique en partie l'accroissement rapide dans le nombre d'unités sanitaires publiques lors de cette période.

En outre, le gouvernement a apporté un autre soutien du point de vue dons pour les lits et le personnel aux unités de santé de certaines organisations religieuses. Le gouvernement a pris l'entière responsabilité du financement des fournitures et du personnel pour 17 hôpitaux confessionnels qui ont été nommés à ce moment là "Hôpitaux de districts désignés" ou HDD. Les services dans les HDD étaient gratuits pour la population. Deux grands hôpitaux de consultants—le Centre médical chrétien de Kilimandjaro (luthérien) et l'Hôpital Bugando (catholique)—ont également été confiés à la responsabilité de l'Etat et sont devenus des hôpitaux nationaux de zone.

Cette expansion et l'engagement de l'Etat à fournir des services médicaux gratuits sont allés de pair avec une désapprobation de la pratique médicale privée. Par la suite, en 1977, la Loi régissant les hôpitaux privés interdisait l'exercice privé médical et dentaire à but lucratif. Cette loi ne permettait qu'à des organisations agréées (surtout des organismes à but non lucratif et des entités religieuses) d'établir et de gérer des unités privées de soins de santé. La loi visait surtout à permettre aux organisations religieuses de continuer à compléter les services sanitaires publics à des coûts minimes et abordables.

Pour avoir droit à ce statut "agréé", une organisation devait s'inscrire au Registre des sociétés et, ensuite, faire une demande auprès du Registre des hôpitaux privés qui était nommé par le ministre responsable de la santé. L'obtention de l'approbation du ministère relevait d'un processus très long et frustrant (Kanji, Munishi et Kilima, 1992).

D'autres formes d'exercice privé de la médecine ont été permises par la législation de 1977 dans des conditions très strictes. La première condition telle que mentionnée ne permettait l'exercice privé de la médecine que pour les "organisations agréées". La seconde condition conférait au Ministre de la Santé le droit de donner des autorisations à certaines personnes et organisations qui pouvaient alors gérer des services de santé. Un grand nombre d'unités ont été mises en place sous le parapluie des "organisations agréées" dans le cadre de la première condition mais très peu d'unités ont été approuvées dans le cadre de la seconde.

Une troisième condition concernait la tolérance non déclarée de l'Etat face aux guérisseurs traditionnels. Cela permettait aux herboristes, aux guérisseurs spirituels et aux accoucheuses traditionnelles d'exercer leur métier sans qu'il y ait ingérence de l'Etat. On cherche actuellement à reconnaître et à encourager

les méthodes traditionnelles de traitement pour certaines maladies et il existe un certain nombre de cliniques à Dar es Salaam, Kilimandjaro et ailleurs où les gens viennent obtenir un traitement payant de la part des guérisseurs traditionnels.

Deux des dispositions de la loi de 1977 ont créé un effet non voulu. Premièrement, bien que la loi de 1977 autorisait les "organisations agréées" à recouvrer un paiement de la part des patients, elles contrôlaient les tarifs demandés par les hôpitaux et les dispensaires privés à but lucratif. Deuxièmement, le personnel médical ne pouvait exercer à l'extérieur du service public que s'il était employé par des "organisations agréées". Vu les désincitations des tarifs réglementés et la complexité du processus d'autorisation ainsi que l'interdiction nette pesant sur certains types de pratique privée, un grand nombre de praticiens médicaux ont exploité la possibilité d'être affiliés à une "organisations agréée" et ont démarré des hôpitaux et des dispensaires privés à but lucratif sous le parapluie de ces organisations. De plus, un nombre important d'assistants sanitaires non qualifiés ont pu démarrer des pratiques privées sous ce même parapluie.

3.3.2.3 De 1988 à nos jours

L'interdiction de 1977 (mise en place en 1981) marginalisait et diminuait le taux de croissance du secteur privé de la santé mais elle n'a pas détruit ce secteur. Le mode actuel de croissance dans le secteur privé de la santé repose sur cette base historique. La première étape dans le cadre du Programme d'ajustement structurel (PAS) est de rationaliser, de libéraliser et de stimuler les services de soins de santé fournis par les "organisations agréées" à but non lucratif. Ces organisations comprennent également certains particuliers qui, autrement, ne pourraient pas recevoir une patente pour exercer dans le cadre de la loi de 1977 telle que susmentionnée. A présent, ces entrepreneurs privés qui avaient trouvé un abri dans ces "organisations agréées" peuvent obtenir une patente pour exercer eux-mêmes, en tant qu'entité à but lucratif.

La seconde étape dans le cadre du PAS dans le sillon de la Loi de 1991 sur l'exercice privé est d'élargir le champ de l'autorisation passant d'organisations agréées à des *particuliers* agréés afin de permettre à toute personne qualifiée—y compris à celles qui avaient obtenu les autorisations ministérielles auparavant—de mettre sur pied des services de soins de santé à but lucratif ou à but non lucratif sans les contraintes bureaucratiques du passé. La troisième étape consiste à formuler des politiques qui rationaliseront, uniformiseront et aideront la croissance des services de soins de santé traditionnels qui ne présentent aucun danger et qui répondent aux besoins de la population.

Ces mesures visant à libéraliser le contexte pour les prestataires de services de santé du secteur privé sont encore relativement nouvelles et il existe encore un grand nombre de questions auxquelles doivent répondre le Ministère de la Santé et le gouvernement en général concernant le caractère, le nombre et le potentiel des prestataires privés ainsi que leur capacité à contribuer aux buts du secteur public. Le MS pense tout particulièrement à la nécessité de faire une étude plus détaillée pour identifier les mesures que le gouvernement peut prendre pour encourager une croissance appropriée des praticiens sanitaires traditionnels.

(La Section 4.4 discute en plus grand détail de l'impact des réformes de 1988 et de la Loi de 1991 sur l'exercice privé sur le développement du secteur privé de la santé.)

4.0 RESULTATS

4.1 TAILLE, PORTEE, DISTRIBUTION ET QUALITE DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTE DU SECTEUR PRIVE

4.1.1 Nombre et distribution des prestataires de services sanitaires privés en Tanzanie

La Section 2 du présent rapport décrit les types de prestataires de services de santé du secteur privé en Tanzanie et les regroupe dans une typologie en fonction de la propriété et de l'orientation financière. Tel que nous l'avons indiqué, les principales catégories dans le secteur formel sont représentées par 1) des prestataires de santé à but non lucratif aux mains d'organismes volontaires, 2) des prestataires dépendant des employeurs et 3) un groupe important de prestataires de services de santé à but lucratif. La présente section fournit des statistiques sur le nombre et la distribution de ces prestataires. Tel que le mentionne également la Section 2, la portée de la présente étude n'inclut pas la collecte de données sur le secteur informel, les praticiens traditionnels ou les détaillants pharmaceutiques.

La distribution des formations sanitaires par type de propriétaire selon les données du Ministère de la Santé est indiquée sur le ***Tableau 4-1*** et en Annexe 4 (***Tableaux A4-1 et A4-2***), où elles sont réparties par région. Les catégories de propriétaires montrées dans ces tableaux sont l'Etat, les organismes volontaires parapublicS (employeurs) et les formations privées à but lucratif. Les formations sanitaires sont catégorisées en tant qu'hôpitaux, centres de santé (fournissant surtout des soins externes mais qui ont généralement plusieurs lits) et des dispensaires (fournissant uniquement des soins externes). L'Annexe 4 (***Tableau A4-3***) montre la distribution des lits d'hôpital et de centre de santé par type de propriétaire.

Selon ces statistiques officielles, l'Etat possède et gère environ 76 pour 100 de toutes les formations sanitaires du pays dont 44 pour 100 des hôpitaux, 96 pour 100 des centres de santé et 76 pour 100 des dispensaires (MS, 1993). Selon ces données, le rôle le plus important du secteur privé se situe au niveau des hôpitaux possédés par des organismes volontaires. En 1993, les organismes volontaires possédaient presque 49 pour 100 des hôpitaux de la nation et pratiquement la moitié de tous les lits d'hôpital. Tel que noté ci-dessus, cela inclut les Hôpitaux de districts désignés qui sont entièrement financés et contrôlés en grande partie par le gouvernement.

Les dispensaires constituent la vaste majorité des formations sanitaires en Tanzanie (87-90 pour 100). Tel que le montrent le Tableau 4-1 et l'Annexe 4 (***Tableau A4-2***), les trois quarts des dispensaires recensés par le MS sont aux mains de l'Etat, 17 pour 100 sont gérés par des organismes volontaires, 6 pour 100 sont des formations parapubliques et 1,2 pour 100 seulement (36) sont rangés sous la catégorie formations privées à but lucratif.

Toutefois, certains indices laissent à penser que les chiffres de l'Etat sous-estiment, et de loin, la taille du secteur des soins de santé privés en Tanzanie, surtout le nombre de prestataires à but lucratif. Pendant cette étude, l'équipe de la recherche a fait une recherche approfondie de toutes les formations sanitaires et de tous les prestataires de santé dans la région de Kilimandjaro et a trouvé un nombre nettement plus élevé de prestataires tant publics que privés que ne l'indiquent les statistiques du gouvernement (voir ***Tableau 4-2***).

La présente enquête a trouvé un total de 259 formations sanitaires dans le Kilimandjaro, comparé à 163 seulement recensées par le gouvernement. Le nombre de formations sanitaires appartenant à des organismes volontaires indiquées par l'enquête représentait le double du chiffre officiel (90 contre 45). La présente étude a également trouvé quatre fois plus de prestataires à but lucratif (dans la catégorie "autres") intervenant dans le Kilimandjaro que ceux recensés par le gouvernement (24 contre 6). Tel qu'on peut s'y attendre, les plus grandes différences concernaient le nombre de dispensaires qui sont, généralement, de petites opérations. L'équipe de l'enquête a compté 104 dispensaires privés, y compris ceux gérés par des organismes volontaires et les établissements à but lucratif contre seulement 45 recensés par le gouvernement. Il est fort probable que les formations du secteur privé soient sous-estimées dans tous les centres urbains du pays où se situent la majorité de ces établissements.

Plusieurs raisons apparentes viennent expliquer la sous-estimation qu'a fait le gouvernement du secteur privé des soins de santé. Premièrement, tel qu'on le verra ci-après, le nombre de formations à but lucratif a rapidement augmenté (surtout les dispensaires) depuis que l'Etat a libéralisé ses politiques en 1991 et, par conséquent, il est difficile de garder un compte à jour. De plus, on a l'"effet multiplicateur", avec de multiples dispensaires (et, dans certains cas, des centres de santé ou même des hôpitaux) qui s'installent en utilisant l'autorisation d'une seule "organisation agréée"—avec le même nom, les mêmes appellations et la même permission. Ces formations supplémentaires—qui sont surtout à but lucratif—ne sont pas toujours comptées par le gouvernement.

Il existe trois grandes raisons faisant que ces formations à but lucratif ne changent pas facilement leur statut pour devenir des entités à but lucratif. L'une concerne l'évasion fiscale : les organismes à but non lucratif sont exonérés d'impôts et, par conséquent, leur statut d'entités à but non lucratif leur évite de payer des impôts. Deuxièmement, un grand nombre de ces établissements ont pour propriétaires des personnes ne présentant pas les qualifications requises par les réglementations du MS. Troisièmement, le processus d'approbation et d'autorisation pour les formations sanitaires est long et complexe. Toutefois, de janvier 1988, lorsque le Programme d'ajustement structurel a commencé et janvier 1993, 498 établissements ont été agréés et enregistrés comme organismes privés à but lucratif, y compris les dispensaires, les maternités, les cliniques de consultations et les hôpitaux.[2]

[2] Interview avec le Registre des hôpitaux privés, février 1994.

TABLEAU 4-1
DISTRIBUTION DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES PAR TYPE DE PROPRIETE, TANZANIE, 1993
SELON LES STATISTIQUES PUBLIQUES OFFICIELLES

Type de formation	Gouvernement		Organisme volontaire*		Parapublic		Autre privé*		Total	
	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.
Hôpitaux	77	44,0	85	48,6	9	5,1	4	2,3	175	100,0
Centres de santé	265	96,0	8	2,9	2	0,7	1	0,3	276	100,0
Dispensaires	2 218	76,1	485	16,6	175	6,0	36	1,2	2 914	100,0
Total	2 560	76,1	578	17,2	186	5,5	41	1,2	3 365	100,0

* Inclut les Hôpitaux de districts désignés (HDD) ** Inclut les prestataires à but lucratif
Source : MS, 1994b.

TABLEAU 4-2
NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES DANS LE KILIMANDJARO,
COMPARAISON DES DONNEES DU MS ET DES RESULTATS DE HFS

Type de formation	Statistiques du MS				Résultats HFS dans le Kilimandjaro			
	Gouvernement	Organisme volontaire	Autre privé	Total	Gouvernement	Organisme volontaire	Autre privé	Total
Dispensaires	93	37	5	135	126	82	22	230
Centres de santé	14	1	-	15	14	1	-	15
Hôpitaux	5	7	1	13	5	7	2	14
Totaux	112	45	6	163	145	90	24	259

Sources : MS, Unité du système d'information sanitaire ; enquête HFS.

4.1.2 Prestataires sanitaires privés dans les zones urbaines

Les résultats de l'enquête faite auprès de toutes les formations sanitaires privées à Dar es Salaam en 1993 par le Projet de santé urbaine[3] confirment les résultats obtenus par la présente étude à Kilimandjaro indiquant que la taille et la portée du secteur privé dans le domaine des soins de santé sont sous-estimées. L'étude a fait une recherche très consciencieuse de tous les cabinets privés exerçant la médecine moderne dans la ville et offrent le tableau le plus exact à ce jour du secteur privé des soins de santé à Dar es Salaam. L'étude peut également servir d'indicateur de la situation dans les autres zones urbaines importantes où se situe l'essentiel des formations privées. La présente enquête traite uniquement des établissements médicaux modernes (hôpitaux, centres de santé et dispensaires) et ne couvre pas les prestataires traditionnels ou les détaillants pharmaceutiques.

La croissance rapide ces dernières années des prestataires privés, surtout en 1990-93 (voir ***Graphique 4-1***) est l'un des traits les plus frappants de l'enquête. L'augmentation dans le nombre de dispensaires qui représentent jusqu'à 89 pour 100 de toutes les formations privées à Dar es Salaam explique l'essentiel de cette croissance. Tel que le montre le ***Graphique 4-2***, la croissance des nouvelles pratiques s'est concentrée chez les prestataires à but lucratif. Depuis 1991, lorsque les lois concernant l'exercice privé de la médecine ont été libéralisées, 70 nouvelles formations à but lucratif se sont créées. On a également assisté à une croissance considérable dans le secteur à but non lucratif avec la création de 41 nouveaux établissements depuis 1991 bien que, comme nous l'avons déjà mentionné, l'on ne sache pas s'ils sont tous vraiment à but non lucratif. Il convient de noter que la croissance des établissements parapublics depuis le début des années 90 est restée plus ou moins inchangée. Dans l'ensemble, presque la moitié (46 pour 100) des 253 formations du secteur privé recensées par l'enquête ont été établies depuis 1991.

Le ***Tableau 4-3*** indique une distribution des formations sanitaires de la ville par propriété et par type (par exemple, dispensaires, centres de santé et hôpitaux). Quarante-deux pour cent de toutes les formations privées sont désignées comme des formations à but lucratif, 30 pour 100 comme des formations à but non lucratif et 28 pour 100 sont des dispensaires d'employés (parapublics). Il convient de noter que 15 des 18 hôpitaux privés de la ville—83 pour 100—sont des entreprises à but lucratif dont un grand nombre ont ouvert leurs portes ces dernières années. Ce chiffre contraste avec celui de 1993 du gouvernement, à savoir quatre hôpitaux à but lucratif dans le pays entier (***Tableau 4-1***). Quatre-vingt-neuf pour cent de toutes les formations privées à Dar es Salaam sont des dispensaires, 7 pour 100 des hôpitaux et 4 pour 100 sont classées comme centres de santé.

[3] Le Projet de santé urbaine est un projet quinquennal géré par le Conseil de la ville de Dar es Salaam et financé par l'Institut tropical suisse et le Gouvernement de la Suisse. L'enquête a eu lieu en septembre et octobre 1993.

TABLEAU 4-3 DISTRIBUTION DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES A DAR ES SALAAM PAR PROPRIETE ET TYPE, 1993								
	Parapublic		Volontaire		Privé à but lucratif		Total	
	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.
Hôpitaux	2	11,1	1	5,5	15	83,3	18	7,1
Centres de santé	2	20,0	3	30,0	5	50,0	10	4,0
Dispensaires	67	29,8	72	32,0	86	38,2	225	88,9
Total	71	28,1	76	30,0	106	41,9	253	100,0

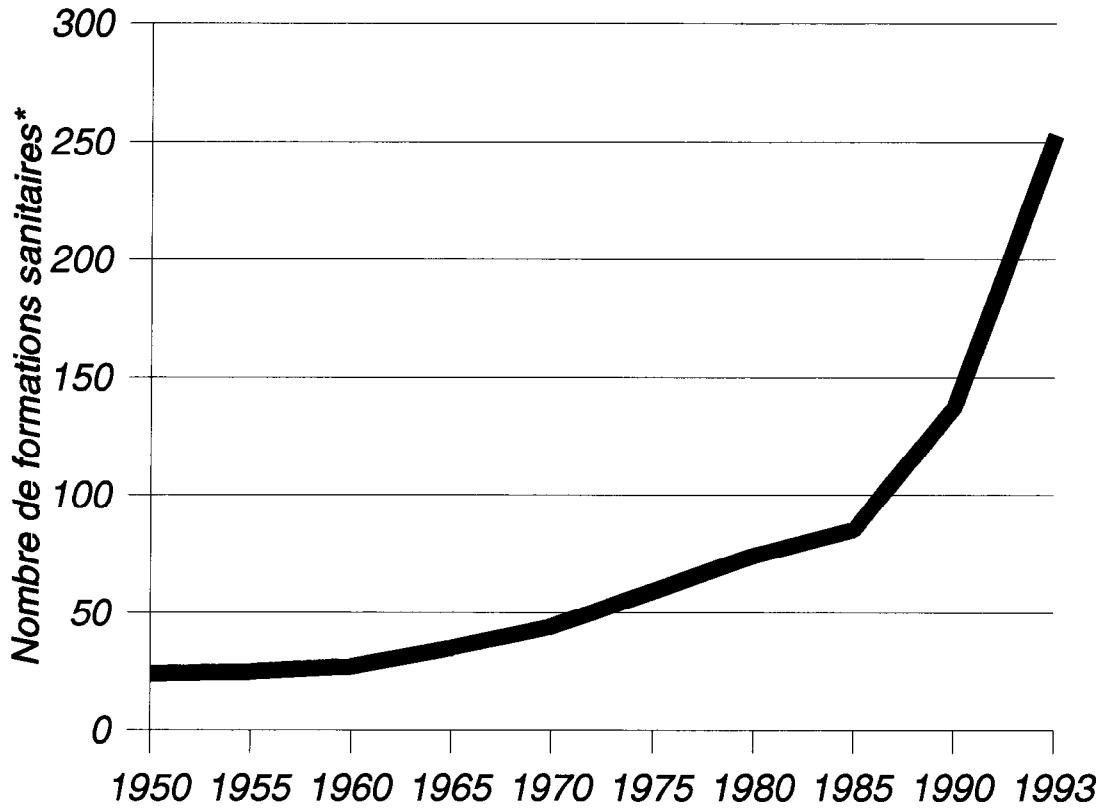
Source : Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

La distribution des lits d'hôpital et de maternité par propriété (***Tableau 4-4***) démontre le rôle important et croissant des formations à but lucratif pour la prestation de soins hospitaliers dans la ville. Les hôpitaux et les centres de santé à but lucratif représentent plus de la moitié (57 pour 100) de tous les lits privés et 69 pour 100 de tous les lits de maternité recensés par l'enquête. Les formations parapubliques possèdent 24 pour 100 des lits du secteur privé (et très peu de lits de maternité) et les organismes bénévoles possèdent 19 pour 100 des lits.

Le nombre de médecins et d'autre personnel médical employés par les formations sanitaires du secteur privé à Dar es Salaam indique la taille de ces formations et la portée de leurs services. Le ***Tableau 4-5*** montre que les prestataires à but lucratif emploient 61,5 pour 100 de tous les médecins du secteur privé de la ville (260 sur 423). Environ la moitié de ces médecins à but lucratif travaillent dans des hôpitaux et des centres de santé et l'autre moitié est employée par des dispensaires. Les formations sanitaires à but lucratif représentent également 49 pour 100 du personnel médical "autre", y compris les infirmiers, les aides infirmiers, les assistants médicaux et les aides médicaux ruraux. Dans l'ensemble, les formations sanitaires à but lucratif représentent 50 pour 100 de tout le personnel médical employé par le secteur privé.

TABLEAU 4-4 NOMBRE DES LITS D'HOPITAL ET DE MATERNITE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES PAR PROPRIETE DAR ES SALAAM, 1993				
	Total lits	Pourcent	Lits maternités	Pourcent
Parapublic	317	24,0	9	5,2
Organisme volontaire	246	18,6	44	25,4
Formations à but lucratif	757	57,4	120	69,4
Total	1 320	100,0	173	100,0

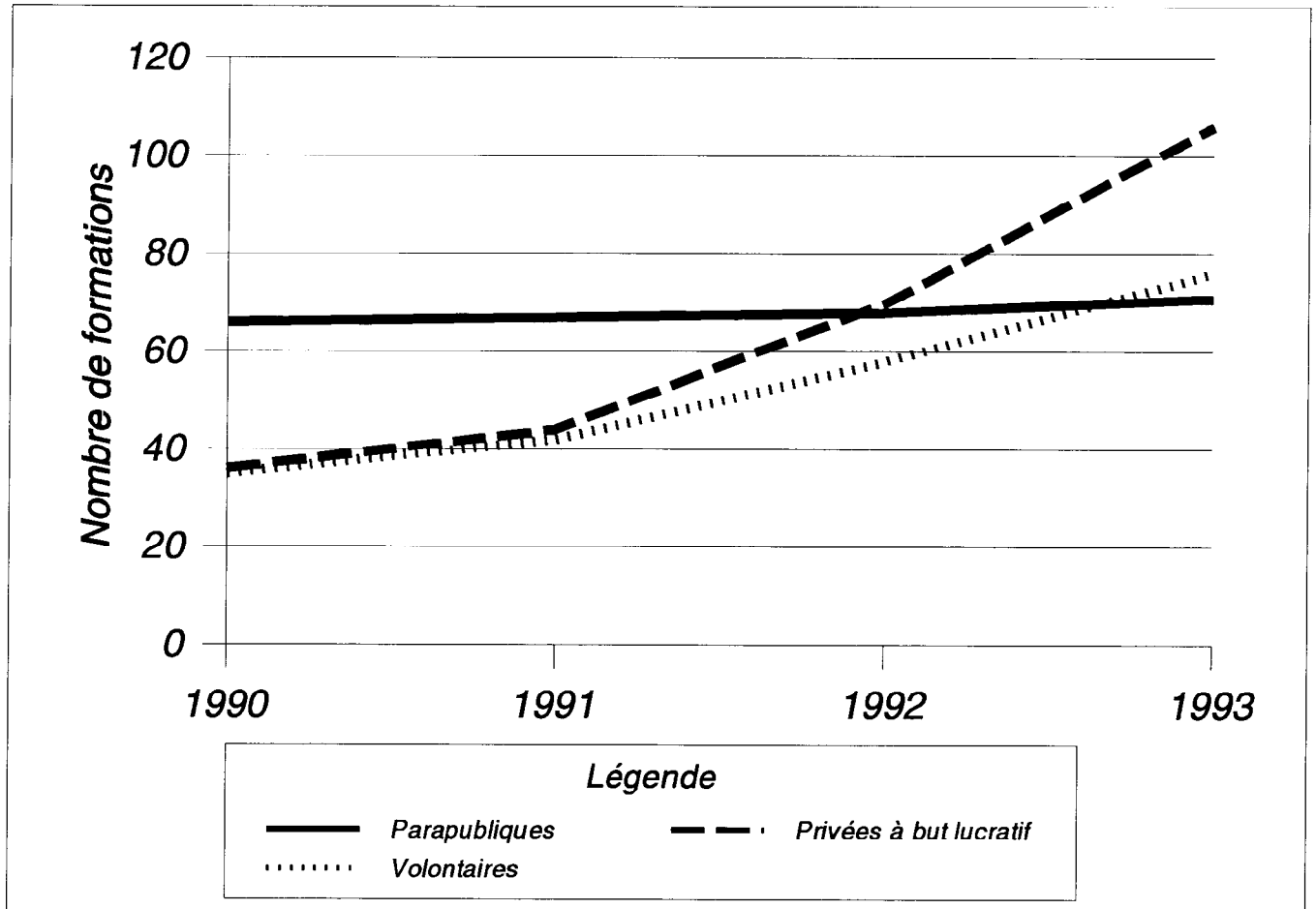
Source : Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.



* y compris hôpitaux, centres de santé et dispensaires volontaires (charitables), parapubliques et privés à but lucratif.

Source: Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

Graphique 4-1: Croissance des formations sanitaires privées, Dar es Salaam, 1950-1993



Source: Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

Graphique 4-2: Croissance des formations sanitaires privées par propriété, Dar es Salaam, 1990-1993

TABLEAU 4-5
DISTRIBUTION DES MEDECINS ET AUTRE PERSONNEL MEDICAL DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES A DAR ES SALAAM PAR PROPRIETE, 1993

Formation (n)	Médecins		Autre personnel médical		Total personnel médical	
	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.
PARAPUBLIQUES						
Hôpitaux (2)	8	1,9	113	3,5	121	3,3
Centres de santé (2)	4	0,9	92	2,8	96	2,6
Dispensaires (67)	47	11,1	493	15,2	540	14,7
Total (71)	59	13,9	698	21,6	757	20,7
ORGANISMES VOLONTAIRES						
Hôpitaux (1)	18	4,2	151	4,7	169	4,6
Centres de santé (3)	5	1,2	72	2,2	77	2,1
Dispensaires (72)	81	742	742	22,9	823	22,5
Total (76)	104	965	965	29,8	1 069	29,2
A BUT LUCRATIF						
Hôpitaux (15)	125	29,6	666	20,6	791	21,6
Centres de santé (5)	7	1,6	78	2,4	85	2,3
Dispensaires (86)	128	30,3	831	25,7	959	26,2
Total (106)	260	61,5	1 575	48,6	1 835	50,1
TOTAL (253)	423	100,0	3 238	100,0	2 661	100,0

* Inclut infirmiers, aides infirmiers, assistants médicaux, aides médicaux ruraux et autre personnel paramédical.
Source : Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

Il convient de noter que le ***Tableau 4-5*** se fonde sur des informations recueillies par l'enquête sur les formations sanitaires faite par le Conseil de la ville de Dar es Salaam en 1993. C'est un bon exemple des difficultés rencontrées par les collectes de données sur le secteur privé vu la situation changeante dans ce domaine. Par exemple, il est probable qu'il existe 67 dispensaires dans le parapublic mais il est peu probable qu'il y ait 47 médecins qualifiés dans ces dispensaires. Généralement, les médecins sont nommés dans les hôpitaux bien qu'ils puissent également superviser un ou plusieurs dispensaires. Par exemple, un médecin pourrait superviser plus de cinq dispensaires dans un diocèse et être basé dans un hôpital missionnaire.

Les 15 hôpitaux à but lucratif de Dar es Salaam emploient un total de 120 médecins soit une moyenne de 8,3 par établissement. Les comparaisons entre les moyennes d'hôpital par propriété prêtent à confusion dans une certaine mesure car seul un hôpital appartient à un organisme volontaire (et compte 169 membres du personnel médical, y compris 18 médecins) et seuls deux hôpitaux sont aux mains d'organisations parapubliques.

Les données du ***Tableau 4-6*** montrent des chiffres moyens du personnel pour chaque type de formation sanitaire privée à Dar es Salaam. Les dispensaires à but lucratif de Dar es Salaam comptaient le plus grand nombre de médecins par établissement (1,5), comparé à une moyenne de 0,7 médecin par dispensaire pour le parapublic et 1,1 médecin pour ceux gérés par des organismes volontaires. Les dispensaires à but lucratif employaient

également une moyenne de 11,2 membres du personnel médical total par formation, légèrement plus que le nombre des organismes volontaires (11,4) et nettement plus que la moyenne de 8,1 par dispensaire parapublic.

De même, le rapport des médecins et des infirmiers et autre personnel médical est plus élevé pour les dispensaires à but lucratif que pour les dispensaires gérés par des organismes parapublics ou volontaires. En moyenne, les formations sanitaires à but lucratif emploient un médecin pour 6,5 infirmiers et autre personnel médical comparé à un médecin pour 9,2 dans les formations des organismes volontaires et un médecin pour 10,5 dans le parapublic.

Il convient d'interpréter avec la même prudence ces données que celles du ***Tableau 4-5***. L'étude démontre clairement que même le personnel le moins bien formé est généralement appelé "docteur" dans les zones reculées et urbaines. De plus, des dispensaires et des centres de santé sont ouverts au nom de médecins mais ceux-ci étaient presque toujours absents de la plupart des unités enquêtées pour cette étude.

En bref, les données provenant de cette étude et de l'enquête des établissements sanitaires privés de Dar es Salaam indiquent que le secteur privé joue un rôle important dans la prestation des soins de santé en Tanzanie surtout dans les zones urbaines. La libéralisation des lois concernant les prestataires privés a valu une explosion des prestations sanitaires à but lucratif qui, à Dar es Salaam, représentent actuellement 42 pour 100 de toutes les formations sanitaires privées, y compris 83 pour 100 de tous les hôpitaux privés et 57 pour 100 de tous les lits des hôpitaux privés. Le secteur privé est également en train de devenir un employeur de plus en plus important du personnel médical dans les zones urbaines, employant un total de 3 661 personnes à Dar es Salaam.

TABLEAU 4-6
DISTRIBUTION DES MEDECINS ET AUTRE PERSONNEL MEDICAL DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES A DAR ES SALAAM PAR TYPE DE FORMATION, 1993

Formation (n)	Médecins		Autre personnel médical		Total personnel médical	
	Nbr	Moyenne par formation	Nbr	Moyenne par formation	Nbr	Moyenne par formation
HOPITAUX						
Parapublics (2)	8	4,0	113	56,5	121	60,5
Organismes volontaires (1)	18	18,0	115	151,0	169	169,0
A but lucratif (15)	125	8,3	666	44,4	791	52,7
Total (18)	151	8,4	930	51,7	1 081	60,1
Pourcentage du total	35,7		28,7		29,5	
CENTRES DE SANTE						
Parapublics (2)	4	4,0	92	46,0	96	4,6
Organismes volontaires (3)	5	18,0	72	2,2	77	48,0
A but lucratif (5)	7	8,3	78	15,6	85	17,0
Total (10)	16	8,4	242	24,2	258	25,8
Pourcentage du total	3,8		7,5		7,0	
DISPENSAIRES						
Parapublics (67)	47	0,7	493	7,4	540	8,1
Organismes volontaires (72)	81	1,1	742	10,3	823	11,4
A but lucratif (86)	128	1,5	831	9,7	959	11,2
Total (225)	256	1,1	2 066	9,2	2 322	10,3
Pourcentage du total	60,5		63,8		63,4	
TOTAL (253)	423	1,7	3 238	12,8	3 661	14,5
Pourcentage du total	100,0		100,0		100,0	

* Inclut infirmiers, aides infirmiers, assistants médicaux, aides médicaux ruraux et autre personnel paramédical.
Source : Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

4.1.3 Qualité dans le secteur privé

4.1.3.1 Qualité des soins de santé curatifs primaires

En 1992, le Projet de santé urbaine a fait une étude comparative de la qualité des soins curatifs primaires, des consultations externes, des dispensaires et des centres de santé publics et privés à Dar es Salaam (Kanji, Munishi et Kilima, 1992). L'échantillon de l'étude comprenait 30 formations sanitaires publiques et 15 établissements d'organismes volontaires (OV). Plusieurs des établissements désignés comme établissements OV étaient en fait aux mains de particuliers bien que fonctionnant sur la base à but non lucratif. Malgré le petit nombre de formations sanitaires privées de l'étude et le fait que seules les soi-disantes formations d'organismes volontaires aient été incluses, l'étude nous donne une certaine indication de la qualité comparative des services de santé privés et publics en Tanzanie. Voici les principaux aspects couverts de la qualité :

- la qualité de la structure qui couvre la condition et la propreté des locaux ainsi que la disponibilité et la qualité de médicaments, d'équipement médical et de fournitures médicales ;
- la qualité technique de la pratique clinique ;
- la qualité des interactions interpersonnelles ; et
- les perceptions des utilisateurs face à la qualité des soins.

L'étude constatait de très nettes différences dans la qualité de la structure entre les établissements publics et privés. Par exemple, 73 pour 100 des formations OV mais seulement 43 pour 100 de celles aux mains de l'Etat ont reçu des niveaux "bons" ou "acceptables" pour la qualité de la structure (telle que définie ci-dessus). Douze des 30 formations sanitaires publiques (40 pour 100) ont reçu la notation la plus faible de "inacceptable" alors qu'aucune des formations OV n'a été notée comme "inacceptable". Un nombre bien plus grand de formations sanitaires publiques avaient besoin d'être rénovées que de formations non gouvernementales, avec des services surchargés, pas d'eau courante, des toits qui fuyaient, des murs lézardés, etc.

La disponibilité de médicaments est un des grands facteurs qui attirent les clients et qui vaut un bon moral chez les agents de santé. Environ la moitié des formations sanitaires gouvernementales et OV (53 pour 100 et 54 pour 100 respectivement) avaient des stocks suffisants pour les cinq médicaments essentiels (aspirine, chloroquine, pénicilline procaïne, sels de réhydratation orale et benzyl benzoate). Les formations sanitaires OV étaient bien mieux approvisionnées en pénicilline que les établissements publics. Quatre-vingt-treize pour cent des OV enquêtés avaient de la pénicilline procaïne et 40 pour 100 avaient de la pénicilline par voie orale versus uniquement 46 pour 100 et 25 pour 100 des formations sanitaires publiques. Par contre, les formations sanitaires publiques étaient bien mieux approvisionnées en sels de réhydratation orale (SRO) que les établissements OV. Aucune des quatre formations protestantes et seule un des quatre formations musulmane avaient des stocks de SRO. Les neuf formations sanitaires non gouvernementales étaient plus susceptibles d'avoir un équipement médical essentiel que les formations sanitaires publiques.

La qualité technique a été jugée en fonction de l'adéquation de l'anamnèse, des examens effectués, du diagnostic et du traitement prescrit. Bien que la qualité technique des procédures cliniques ait été nettement plus élevée dans les formations sanitaires protestantes que dans les formations sanitaires publiques, les OV en général n'avaient pas une qualité nettement meilleure que les formations sanitaires gérées par l'Etat.

Cinquante-et-un pour cent des consultations dans les formations sanitaires protestantes suivaient des pratiques cliniques acceptables contre 46 pour 100 dans les formations musulmanes, 44 pour 100 dans les formations catholiques et seulement 25 pour 100 dans les formations publiques. Toutefois, on a jugé que des proportions plus ou moins égales de consultations dans les OV et les formations publiques (38 pour 100 et 36 pour 100 respectivement) avaient des pratiques cliniques pouvant être graves ou dangereuses (par exemple, mauvais diagnostic) et il n'existait pas de différences significatives entre les diverses dénominations des groupes d'OV. L'étude constatait que les normes et les réglementations définies par le MS et mises en œuvre dans le secteur public souvent ne sont pas observées par les formations OV. Par exemple, les formations sanitaires publiques traitent la diarrhée infantile avec la thérapie de réhydratation orale mais les formations sanitaires des OV traitent ces cas avec parfois jusqu'à sept produits médicaux différents.

Dans l'ensemble, les formations sanitaires privées ont fait preuve d'une meilleure qualité dans leurs interactions interpersonnelles avec les clients que les formations sanitaires publiques. Soixante-trois pour cent des consultations qui ont eu lieu dans les formations OV ont été jugées acceptables, comparé à 52 pour 100 pour les consultations dans les formations publiques. Le personnel médical dans les formations OV, surtout celles gérées par les églises protestantes, était plus susceptible que le personnel des formations publiques d'expliquer

le diagnostic et le traitement aux clients, de donner des instructions détaillées que les clients peuvent suivre et de passer suffisamment de temps avec ces derniers.

Il n'est donc pas surprenant que les utilisateurs aient une vue bien plus positive des formations sanitaires OV que des formations publiques même si leurs perceptions ne répondent pas à des mesures objectives. Quatre-vingt pour cent des utilisateurs interviewés dans les OV ont indiqué qu'ils recevaient un bon traitement, comparé à 56 pour 100 des utilisateurs des formations sanitaires publiques. Seul 1 pour 100 des utilisateurs des formations OV pensaient qu'ils avaient reçu un mauvais traitement, comparé à 19 pour 100 des utilisateurs des formations sanitaires publiques. Et pourtant, on n'a constaté aucune différence générale dans les temps d'attente entre les formations sanitaires publiques et les OV. De plus, bien que la disponibilité de médicaments n'ait pas varié de manière significative entre les formations sanitaires OV et celles gérées par le gouvernement, 86 pour 100 des utilisateurs des formations OV de l'enquête considéraient la disponibilité de médicaments bonne ou très bonne, comparé à 6 pour 100 seulement dans les formations sanitaires publiques.

En somme, l'enquête de Dar es Salaam constatait que les locaux et les compétences interpersonnelles dans les centres privés étaient nettement meilleurs que dans les formations sanitaires publiques. Les patients semblaient également avoir une perception bien plus positive des formations OV que des formations sanitaires publiques. Néanmoins l'étude a démontré qu'il fallait à tout prix améliorer très sensiblement la disponibilité de médicaments et d'équipement médical ainsi que la qualité de la pratique clinique dans les centres publics et privés.

4.1.3.2 Perceptions de la qualité chez les patients

Cette étude comprenait une enquête de 61 prestataires de services et une petite enquête de 20 patients dans trois hôpitaux confessionnels. Les résultats tendent à confirmer ceux de l'étude de la qualité du Projet de santé urbaine décrits ci-dessus (par exemple, Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993).

On a demandé aux prestataires d'indiquer dans quelle mesure la mauvaise qualité des services de santé dans les établissements publics les poussait à ouvrir des cabinets privés. Tous les patients enquêtés ont dit qu'ils se rendaient compte que de nombreux patients étaient de plus en plus mécontents par les services publics. En outre, ils pensaient que le mécontentement était un facteur important de création de demande pour les services sanitaires privés—dans la mesure dans laquelle les prestataires privés pouvaient offrir une meilleure qualité de services que celle disponible actuellement dans le secteur public.

Les formations sanitaires privées de l'enquête (à but non lucratif et à but lucratif) dispensent un ensemble complet de services curatifs cherchant à offrir à leurs clients une meilleure qualité de services avec notamment un simple examen (même si ce n'est pas nécessaire), diagnostic, ordonnances et distribution de médicaments. Les propriétaires de ces formations sanitaires essayent également de s'assurer que les médicaments sont continuellement disponibles. De plus, plusieurs formations sont ouvertes à des heures supplémentaires pour que les patients puissent venir quand cela les arrange. Par exemple, dans le dispensaire de Pasua Bakwata de la municipalité de Moshi, les services médicaux sont fournis à toute heure car le propriétaire et un infirmier qui habitent dans le dispensaire sont toujours de service.

L'enquête auprès des patients a été administrée à 20 patients hospitalisés dans trois hôpitaux confessionnels de la région du Kilimandjaro (Machame, Kilema et Marangu). Une étude pilote faite auparavant dans cette région signalait que des patients habitant jusqu'à quelques centaines de kilomètres ignoraient les services publics gratuits de leurs régions pour venir dans ces hôpitaux. Les patients de l'enquête ont été choisis aléatoirement et comprenaient des personnes venant de régions distantes ainsi que des personnes des alentours.

On a demandé aux patients quels étaient les facteurs qui les poussaient, eux ou leurs familles, à consulter dans ces hôpitaux plutôt que de se rendre dans les formations sanitaires publiques qui sont bien moins chères. Plus de 60 pour 100 des répondants ont dit que la principale raison les poussant à utiliser les hôpitaux missionnaires était le "meilleur traitement" qu'ils y recevaient, comparé aux centres publics. Parmi les autres raisons citées couramment, on avait le fait que les hôpitaux privés étaient plus près de leur domicile, que les médicaments étaient disponibles et qu'ils avaient l'habitude de se rendre dans ces établissements. Quatre-vingt-quatorze pour cent des répondants ont indiqué que les médicaments étaient toujours disponibles dans les centres confessionnels alors que les pénuries de médicaments essentiels étaient chose courante dans les centres publics. Pratiquement tous les patients se sont montrés satisfaits du traitement donné dans les formations sanitaires non gouvernementales (y compris les soins infirmiers) et de la propreté de ces locaux.

4.2 CONTRIBUTIONS DU SECTEUR PRIVE AU PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE

Vu les problèmes susmentionnés pour estimer la taille et la portée du secteur privé—surtout au regard de la rapide croissance de ce secteur ces dernières années—il est difficile de déterminer avec précision le rôle que joue ce secteur au niveau de la prestation des services de santé publique à la population. Néanmoins, certaines données sont disponibles sur le rôle éventuel que peut jouer le secteur privé.

La présente étude se concentre sur les services-clés de santé publics demandés par la méthodologie HHRAA dans l'étude comparative du secteur privé de quatre pays (Berman et Hanson, 1993). Ces services de santé publics recoupent des services préventifs et le traitement pour les grands problèmes de santé publiques dans de nombreux pays africains, notamment la Tanzanie, à savoir les maladies transmissibles de l'enfance, la tuberculose, le paludisme et le SIDA ainsi que les services de santé reproductive tels que les services de planification familiale et les services maternels et périnatals (y compris l'accouchement).

Outre l'enquête auprès des prestataires privés faites dans le cadre de la présente étude, les données sur la prestation des services de santé publique proviennent de deux autres sources : l'Enquête démographique et de santé de la Tanzanie (EDS, 1991-92) et l'enquête de Dar es Salaam auprès des formations sanitaires gouvernementales (Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993). L'information de l'enquête auprès des ménages EDS sur le type de formations sanitaires où se rendaient les répondants pour des services de santé préventive et de santé publique n'était disponible que pour les articles concernant la planification familiale et les services d'accouchement. Mais l'EDS englobe également une enquête auprès des formations sanitaires avec des visites dans 422 hôpitaux, centres de santé et dispensaires. Les questions portent sur la disponibilité des services de survie de l'enfant (vaccination, thérapie de réhydratation orale et suivi de la croissance) et des services de santé de la reproduction par type de propriété des formations sanitaires. Certains des résultats de l'enquête auprès des formations sanitaires sont donnés ci-après. Mais seul un nombre relativement petit de formations sanitaires privées faisaient partie de l'enquête. Sur les 422 formations sanitaires, 346 (82 pour 100) sont des centres gouvernementaux, 66 (15 pour 100) sont aux mains d'organismes volontaires et seules 10 (2 pour 100) sont des formations sanitaires privées à but lucratif. Sur les 10 centres à but lucratif, huit sont des dispensaires, l'un est un hôpital et l'un est un centre de santé. Le petit nombre de formations à but lucratif comprises dans cette enquête s'explique probablement par le fait que la prestation privée de soins de santé n'est devenue légale qu'au moment de l'enquête avec la promulgation de la Loi de 1991 sur l'exercice privé de la médecine. Les données EDS présentées dans cette section devraient être interprétées avec prudence vu le petit nombre de formations sanitaires du secteur privé qui font partie de l'enquête—surtout celles à but lucratif -et l'incertitude quant au caractère représentatif de l'échantillon des formations sanitaires.

4.2.1 Services préventifs et maladies transmissibles

Dans le cadre des interviews avec les prestataires de services faites pour la présente étude, 50 pour 100 des formations sanitaires des organismes volontaires ont indiqué qu'elles offraient une liste de services préventifs, comparé à 21 pour 100 seulement pour les formations sanitaires à but lucratif. Parmi les services préventifs, on a les activités d'éducation sanitaire, les soins prénatals et les vaccinations.

Dans le cadre de l'enquête EDS auprès des formations sanitaires, pratiquement tous les hôpitaux et tous les centres de santé ont indiqué qu'ils fournissaient des services de vaccination des enfants, notamment les 31 formations des organismes volontaires et formations à but lucratif. La plupart des dispensaires du gouvernement (95 pour 100) ont également indiqué fournir des vaccinations, comparé à 70 pour 100 des dispensaires OV et seulement la moitié (quatre de huit) des dispensaires à but lucratif. Une proportion un peu plus petite de formations sanitaires ont indiqué que les vaccinations étaient actuellement disponibles et un nombre moindre a eu leurs stocks de vaccins confirmés par un enquêteur. Tel le montre le ***Tableau 4-7***, un peu moins de 90 pour 100 des hôpitaux et des centres de santé publics et volontaires ainsi que l'un des deux hôpitaux/centres de santé à but lucratif ont eu leurs stocks de vaccins confirmés. Les vaccins étaient en rupture de stock dans un quart des dispensaires publics qui ont indiqué fournir des services de vaccination mais les dispensaires publics restaient plus susceptibles de fournir des vaccinations et d'avoir leurs vaccins disponibles (69 pour 100) que soit les dispensaires OV (46 pour 100), soit les dispensaires à but lucratif (37 pour 100). Malgré le petit nombre des dispensaires du secteur privé compris dans cette enquête, ces chiffres tendant à confirmer les résultats de l'enquête auprès des prestataires privés, à savoir le manque relatif de soins préventifs dans les dispensaires à but lucratif.

En ce qui concerne le traitement de la diarrhée infantile avec la thérapie de réhydratation orale, le ***Tableau 4-8*** indique que les hôpitaux publics de l'enquête EDS auprès des formations sanitaires étaient plus susceptibles d'avoir une unité de réhydratation que les hôpitaux gérés par des organismes volontaires (91 pour 100 contre 74 pour 100). Le seul hôpital à but lucratif faisant partie de l'enquête n'avait pas d'unité de réhydratation. La majorité des formations sanitaires enquêtées avaient des stocks de sels de réhydratation orale (SRO), y compris 75 pour 100 des dispensaires à but lucratif bien que rien n'indique s'ils sont utilisés souvent par les formations sanitaires. Pratiquement tous les hôpitaux et centres de santé ainsi qu'une majorité des dispensaires ont indiqué qu'ils organisaient régulièrement des séances de suivi de croissance des enfants—stratégie standard de survie de l'enfance permettant de détecter et de prévenir la malnutrition—bien que les dispensaires à but lucratif aient été, là aussi, les moins susceptibles d'offrir ce service (seules quatre des huit formations sanitaires de cette catégorie le faisaient).

TABLEAU 4-7
DISPONIBILITE ACTUELLE DES SERVICES DE VACCINATION ET DES VACCINS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES TANZANIENNES PAR TYPE DE FORMATION ET DE PROPRIETE, A PARTIR DE L'ENQUETE EDS 1991-92

Type de formation	Vaccinations disponibles actuellement				Stock de vaccins confirmé			
	Hôpitaux/ centres de santé		Dispensaires		Hôpitaux/ centres de santé		Dispensaires	
	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.
Publique	132	89,2	153	77,3	129	87,2	137	69,2
Organisme volontaire	28	96,6	22	59,5	26	89,6	17	45,9
Privée à but lucratif	2	100,0	4	50,0	1	50,0	3	37,5
Total	162	90,5	179	73,7	156	87,1	157	64,6

Source : EDS, 1991-92.

TABLEAU 4-8
DISPONIBILITE ACTUELLE DES SERVICES ET DES PRODUITS DE REHYDRATATION ORALE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES TANZANIENNES PAR TYPE DE FORMATION ET DE PROPRIETE, A PARTIR DE L'ENQUETE EDS 1991-92

Type de formation	Existence de l'unité de réhydratation		Disponibilité actuelle des sels de réhydratation orale (SRO)			
	Hôpitaux		Hôpitaux/ centres de santé		Dispensaires	
	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.
Publique	51	91,1	119	80,4	178	89,9
Organisme volontaire	20	74,1	22	75,9	31	83,8
Privée à but lucratif	0	0,0	2	100,0	6	75,0
Total	71	82,6	143	79,9	215	88,5

Source : EDS, 1991-92.

En ce qui concerne le traitement de la tuberculose, une des grandes causes de la morbidité et de la mortalité dans le pays, l'Enquête auprès des formations sanitaires non gouvernementales (Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993) a montré que 46 pour 100 des hôpitaux et des centres de santé de Dar es Salaam fournissent ces services, comparé à 14 pour 100 des dispensaires (voir ***Tableau 4-9***). Les dispensaires parapublics étaient bien plus susceptibles d'offrir un traitement antituberculose (28 pour 100) que ceux gérés, soit par des organismes volontaires (7 pour 100), soit par des entreprises à but lucratif (8 pour 100).

TABLEAU 4-9
NOMBRE DE FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES A DAR ES SALAAM FOURNISSANT PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE, PLANIFICATION FAMILIALE ET TRAITEMENT CONTRE LA TUBERCULOSE, PAR TYPE DE FORMATION ET DE PROPRIETE, 1993
DE L'ENQUETE AUPRES DES FORMATIONS SANITAIRES NON GOUVERNEMENTALES

	PMI		Planification familiale		Traitement antituberculose	
	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.
Hôpitaux/centres de santé						
Parapublics	2	50	2	50	4	100
Organismes volontaires	2	50	2	50	2	50
Privés à but lucratif	15	75	10	50	7	35
Total	19	68	14	50	13	46
Dispensaires						
Parapublics	21	31	24	36	19	28
Organismes volontaires	20	28	23	32	5	7
Privés à but lucratif	14	16	15	17	7	8
Total	55	24	62	28	31	14

Source Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

4.2.2 Services de santé maternelle et périnatale

L'Enquête des formations sanitaires non gouvernementales à Dar es Salaam (Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993) fournit des informations sur la prestation de services de santé maternelle et infantile (PMI) dans les formations sanitaires privées (***Tableau 4-9***). La proportion des dispensaires du secteur privé qui ont indiqué fournir des services de PMI va de 16 pour 100 pour les établissements à but lucratif à 28 pour 100 pour les dispensaires des organismes volontaires et 31 pour 100 pour les dispensaires parapublics.

Dans le cadre de l'enquête EDS auprès des ménages, on a demandé aux femmes où elles avaient accouché de leur dernier enfant (***Tableau 4-10***). Pratiquement la moitié accouchait à la maison mais la vaste majorité de celles qui ont consulté le secteur formel de la santé se sont rendues dans un établissement public. Seules 7,4 pour 100 des femmes ont eu leur dernier accouchement dans des formations sanitaires du secteur privé et la majorité de ces dernières se sont rendues dans des centres OV. Seules 0,2 pour 100 (9 des 5 522) ont eu leur dernier enfant dans des formations à but lucratif. Cela reflète sans nul doute le petit nombre des centres de santé à but lucratif qui existaient au moment de l'enquête. L'enquête EDS auprès des formations sanitaires indique que le secteur privé pourrait jouer un rôle bien plus grand au niveau des services d'accouchement.

TABLEAU 4-10 DISTRIBUTION DES FEMMES PAR LIEU D'ACCOUCHEMENT DE LEUR DERNIER ENFANT, A PARTIR DE L'ENQUETE EDS, 1991-92		
Lieu d'accouchement	Nombre	Pourcentage
Domicile	2 655	48,1
Centre public	2 413	43,7
Centre d'organisme volontaire	354	6,4
Centre parapublic	44	0,8
Centre privé à but lucratif	9	0,2
En route/autre	47	0,8
Total	5 522	100,0
Source : EDS, 1991-92.		

Tel que le montre le ***Tableau 4-11***, plus de 90 pour 100 des hôpitaux et des centres de santé non gouvernementaux enquêtés ont dit qu'ils fournissaient des services d'accouchement au même titre que 50 à 60 pour 100 des dispensaires non gouvernementaux. Une majorité des formations sanitaires du secteur privé ont indiqué qu'elles fournissaient également des services prénatals et post-natals (***Tableau 4-11***).

TABLEAU 4-11 DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE ET PERINATALE DANS LES FORMATIONS SANITAIRES TANZANIENNE PAR TYPE DE FORMATION ET DE PROPRIETE 1993 DE L'ENQUETE EDS, 1991-92						
Propriété de la formation (n)	Services d'accouchement		Soins prénatals		Soins post-natals	
	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.
Hôpitaux/centres de santé						
Gouvernement (148)	136	91,9	137	76,5	124	83,8
Organismes volontaires (29)	28	95,6	29	100,0	27	93,1
Privés à but lucratif (2)	2	100,0	2	100,0	2	100,0
Total (179)	166	92,7	168	93,9	153	85,5
Dispensaires						
Gouvernement (198)	163	82,3	185	93,4	117	59,1
Organismes volontaires (37)	22	59,5	23	62,2	21	56,8
Privés à but lucratif (8)	4	50,0	5	62,5	2	25,0
Total (243)	189	77,7	213	87,6	140	57,6
Source : EDS, 1991-92.						

Les données de l'enquête de Dar es Salaam auprès des formations sanitaires non gouvernementales semblent contredire les résultats de l'enquête EDS auprès des formations sanitaires (***Tableau 4-12***). La plupart des hôpitaux et des centres de santé OV et à but lucratif à Dar es Salaam ont indiqué qu'ils fournissaient des services d'accouchement mais seulement 8 pour 100 des dispensaires OV et à but lucratif en fournissaient contrairement à 50 pour 100 ou plus de ceux qui avaient participé à l'enquête EDS. L'enquête de Dar es Salaam montre également qu'un peu plus d'un quart des centres parapublics fournit des services d'accouchement.

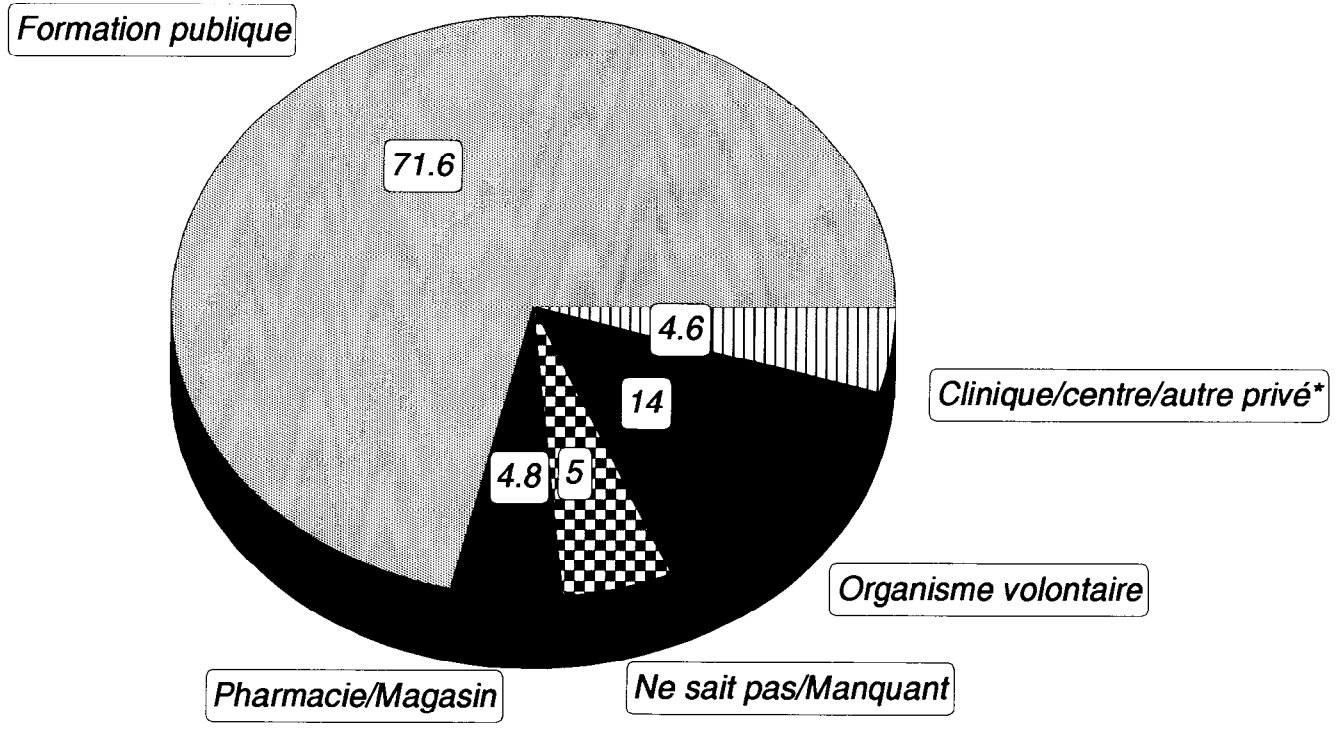
TABLEAU 4-12 FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES FOURNISSANT DES SERVICES D'ACCOUCHEMENT, DAR ES SALAAM, 1993 DE L'ENQUETE AUPRES DES FORMATIONS SANITAIRES NON GOUVERNEMENTALES						
	Dispensaires		Centres de santé/ hôpitaux		Total	
Formations	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.	Nbr	Pourc.
Parapubliques	19	28,3	1	25,0	20	28,2
Organismes volontaires	6	8,3	3	75,0	9	11,8
Privées à but lucratif	7	8,1	11	55,0	18	17,0
TOTAL	32	14,2	15	53,6	47	18,6

Source : Conseil de la ville de Dar es Salaam, 1993.

4.2.3 Services de planification familiale

Les données de l'enquête EDS auprès des ménages montrent que 23 pour 100 des utilisateurs de la planification familiale ont obtenu leurs produits contraceptifs auprès de sources privées, y compris les formations OV (14 pour 100), les pharmacies privées et les magasins (4,8 pour 100) ainsi que les cliniques privées et autres sources privées (4,6 pour 100) (voir Graphique 4-3). Selon l'enquête EDS auprès des formations sanitaires, la majorité des hôpitaux et des centres de santé du secteur privé fournissent des services de planification familiale, y compris 79 pour 100 de ceux appartenant à des organismes volontaires et les deux hôpitaux/centres de santé privés faisant partie de l'enquête (***Tableau 4-13***). Mais une proportion plus petite de dispensaires du secteur privé ont indiqué qu'ils fournissaient des services de planification familiale : 38 pour 100 des dispensaires OV et 50 pour 100 des dispensaires privés à but lucratif. Le plus grand nombre moyen de nouveaux clients de la planification familiale était celui des hôpitaux et des centres de santé publics (40 par mois). Ce nombre allait de 25 à 30 pour les centres de santé et était d'environ 12 par mois pour les dispensaires (quelle que soit la propriété). Les données de l'enquête de Dar es Salaam auprès des formations sanitaires privées confirment les résultats de l'EDS selon lesquels seule une minorité des dispensaires du secteur privé (entre 17 et 36 pour 100) fournissent actuellement des services de planification familiale (voir ***Tableau 4-9***).

Ces données indiquent qu'une proportion bien plus importante de prestataires privés, surtout des hôpitaux et des cliniques, fournissent des services de santé publics. S'il existe donc des antécédents pour la prestation des services dans le secteur privé, surtout parmi les organismes volontaires, les données montrent également que c'est l'Etat qui dispose de la plus grande capacité de prestation de services préventifs-clés. Un pourcentage très important de prestataires privés offrent des services d'obstétrique mais la grande majorité des femmes accouchent soit à la maison, soit consultent les services publics. Une grande majorité des gens choisissent également les centres publics pour les services et les produits de planification familiale bien qu'ils soient assez disponibles chez les prestataires tant publics que privés.



*y compris postes de distribution communautaire UMATI, organismes parapublics et autres sournces privées

Source: EDS, 1991/92.

Graphique 4-3: Distribution (%) des utilisateurs de la planification familiale par source d'approvisionnement

TABLEAU 4-13
DISPONIBILITE DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ET NOMBRE MOYEN DE NOUVEAUX CLIENTS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE PAR MOIS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES TANZANIENNES PAR TYPE DE FORMATION ET DE PROPRIETE 1993 DE L'ENQUETE EDS, 1991-92

Propriété de la formation (n)	Planification familiale		Moyenne de nouveaux clients de la planification familiale par mois	
	Nbr.	Pourc.		
Hôpitaux/centres de santé			Hôpitaux	Ct de santé
Publics (148)	136	91,9	39,9	83,8
Organismes volontaires (29)	23	79,3	21,2	93,1
Privés à but lucratif (2)	2	100,0	24,0	100,0
Total (179)	161	89,9	34,5	85,5
Dispensaires			Dispensaires	
Publics (198)	182	91,9	12,2	
Organismes volontaires (37)	14	37,8	10,6	
Privés à but lucratif (8)	4	50,0	13,8	
Total (243)	200	82,3	12,0	

Source : EDS, 1991-92.

4.3 COLLABORATION ET LIENS ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVE

Vu le rôle changeant du Ministère de la Santé qui est en train de devenir davantage un régulateur qu'un prestataire des soins de santé et vu l'incapacité apparente du Ministère de la Santé à répondre à la demande de la population pour des services de santé, il est important de trouver des moyens de collaborer avec tous les éléments du secteur privé. La présente section décrit brièvement l'état actuel de cette collaboration. (Des recommandations pour des directions futures en ce domaine sont présentées dans la Section 5.)

La collaboration avec tous les éléments du secteur privé aide à atteindre un certain nombre des objectifs du MS surtout en ce qui concerne un meilleur ciblage des ressources limitées pour les groupes les plus vulnérables. En principe, la collaboration avec le secteur privé permet à l'Etat de fournir, de manière efficace, les services les plus efficients par rapport aux coûts aux groupes les plus nécessiteux. Le gouvernement doit d'abord identifier les segments du secteur privé qui conviennent le mieux à une telle collaboration et doit structurer les arrangements financiers (avec des incitations intrinsèques) pour la prestation de services et la clientèle ciblée.

Autre domaine de collaboration possible : le secteur public peut confier au secteur privé une part de la responsabilité de la prestation des soins curatifs chers. Vu l'état de développement du secteur privé en Tanzanie, les perspectives à cet égard sont limitées mais des mesures peuvent être prises pour préparer cette future transition.

L'un des liens les plus importants entre les secteurs public et privé se fait par le biais des lois et des réglementations. La section suivante traite des formes de collaboration directe qui existent entre les secteurs public et privé de la santé, surtout sous forme de subventions de l'Etat au secteur à but non lucratif. Elle présente également les opinions des prestataires de services concernant les questions quant à la collaboration

publique-privée qui se sont présentées lors de l'enquête faite auprès des prestataires dans le cadre de la présente étude. (La Section 4-4 élargit les aspects présents dans la Section 3 des efforts du MS et du gouvernement en vue de libéraliser le contexte pour les prestataires de soins de santé du secteur privé par le biais du Programme d'ajustement structurel et de la Loi de 1991 sur l'exercice privé.)

4.3.1 Collaboration avec le secteur à but non lucratif

La collaboration publique-privée pour la prestation de soins de santé n'est pas un nouveau concept en Tanzanie. Le gouvernement et les organismes volontaires à but non lucratif ont, depuis longtemps, une relation positive et productive. Les liens entre ces deux secteurs ont pris deux formes.

La première forme de collaboration est celle où le gouvernement gère des hôpitaux missionnaires appartenant au privé connus sous le nom d'Hôpitaux de districts désignés (HDD). Suivant la Déclaration d'Arusha en 1967, le gouvernement a pris le contrôle financier et technique de 17 hôpitaux missionnaires et les a intégrés au réseau des formations du secteur public sous le nom de HDD. Le financement public et le contrôle administratif de l'Etat ont fait de ces formations des établissements jugés essentiellement du secteur public bien que les organismes volontaires privés restent propriétaires de ces formations.

Des subventions financières partielles pour certaines formations à but non lucratif des organismes volontaires, surtout des établissements confessionnels, représentent la deuxième forme de collaboration. Ces subventions ont pris deux formes : dons de lits et dons de personnel. La banque mondiale estime que le gouvernement fournit environ un tiers des fonds de fonctionnement pour les formations sanitaires des organismes volontaires et que les deux autres tiers proviennent des paiements des utilisateurs et de sources externes (Banque mondiale, 1993a).

La longue relation productive entre le gouvernement et les organismes volontaires est un bon fondement pour une collaboration encore plus poussée permettant au secteur public d'atteindre certains des objectifs les plus importants du plan de réforme du secteur de la santé. Par exemple, le gouvernement pourrait ré-affecter des subventions à la prestation de services plutôt que pour les capacités en lits ou en personnel.

4.3.2 Collaboration avec le secteur à but lucratif

Contrairement à la relation entre le secteur public et les éléments à but non lucratif du secteur privé, caractérisée comme une bonne collaboration et offrant de bonnes perspectives pour une collaboration encore meilleure, la relation entre le secteur public et le segment à but lucratif peut surtout être décrite comme une relation tendue. L'échantillon de Dar es Salaam de l'enquête faite auprès des prestataires dans le cadre de la présente étude constatait que le manque de confiance qu'avait toujours eu le secteur public face aux opérations à but lucratif du secteur de la santé a pour pendant le manque de confiance tout aussi prononcé du secteur public face à l'engagement de libéralisation du secteur de la santé pris par l'Etat.

Ce manque de confiance entre les secteurs public et privé n'est pas chose unique au secteur santé ou à la Tanzanie. La brève co-existence depuis la Loi de 1991 sur l'exercice privé n'a pas permis aux deux groupes de s'adapter aux nouvelles réalités. L'enquête auprès des prestataires constatait que certains prestataires à but lucratif (surtout les propriétaires et les gestionnaires des hôpitaux) étaient frustrés de ce que le gouvernement traitaient les prestataires à but non lucratif comme s'ils faisaient partie du gouvernement. Ils ont indiqué qu'ils devaient assister à des réunions sans être prévenus bien à l'avance et qu'ils devaient fournir des services au

secteur public (par exemple, ambulances) sans arrangements préalables et sans paiement. Si ces cas étaient rares, certains prestataires privés les ont pourtant interprétés comme faisant partie de la lente transition que traverse le MS, passant du contrôle de la prestation des services de santé à un rôle de régulateur ou alors comme des indices témoignant de l'incapacité du MS à abandonner le contrôle complet de la prestation des soins de santé.

L'enquête auprès des prestataires a constaté que les prestataires à but lucratif n'étaient pas bien organisés et pensaient qu'ils n'avaient pas de forum pour discuter de leurs préoccupations bien qu'il existe plusieurs associations de médecins. Des associations de ce type efficaces et actives aideraient le secteur public à forger des relations de travail avec le secteur privé à but lucratif. Elles aideraient également la communication bilatérale nécessaire pour forger des partenariats publics-privés.

4.4 FACTEURS AFFECTANT LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE

Tel qu'indiqué dans la Section 3 du présent rapport, le MS est en train d'élaborer un programme de réforme pour traiter des problèmes de taille que rencontre actuellement le système de santé. Un des grands éléments du programme de réforme consiste à soutenir et à encourager le développement du secteur privé pour compléter la prestation de services de santé dans le secteur public. L'identification de manières appropriées d'encourager la participation accrue du secteur privé comprend plusieurs étapes. La première étape consiste à évaluer dans quelle mesure les prestataires privés peuvent aider à atteindre les buts du secteur public en revoyant leur taille, leurs caractéristiques et capacités opérationnelles actuelles. Les Sections 4-1 et 4-2 ont fourni une information initiale pour ce type d'évaluation. Une autre étape consiste à évaluer les facteurs qui affectent le développement du secteur privé.

Suivant la méthodologie mise au point par HHRAA pour évaluer la contribution possible du secteur privé aux buts du secteur public (Berman et Hanson, 1993), la présente étude est axée sur trois domaines qui affectent le développement du secteur privé. Le premier concerne l'environnement légal et réglementaire, à savoir les lois et les réglementations qui régissent l'exercice privé de la médecine. Le second représente l'environnement financier dans lequel travaillent les prestataires privés, à savoir surtout les conditions d'imposition et de crédit. Le dernier domaine est celui de l'utilisation des services de santé de la part de la population et de la demande pour ces services. Ce domaine concerne surtout les prix pour les services dans le secteur privé et la capacité de la population à payer pour ces services.

Les trois domaines qui affectent le développement du secteur privé et la liste des facteurs donnés ci-après représentent certains des éléments centraux qui sont de bons exemples de ceux dont il faudra tenir compte lors de la recherche de cette collaboration et de l'évaluation de la contribution éventuelle des prestataires privés au programme du secteur public. Ce ne sont de loin pas les seuls dont devra tenir compte le MS en déterminant s'il est utile de collaborer avec les prestataires du secteur privé et comment cette collaboration peut être utile.

4.4.1 Contexte juridique et réglementaire

4.4.1.1 Conditions juridiques et réglementaires actuelles

La Section 3 a discuté du contexte historique des efforts déployés actuellement par la Tanzanie pour réformer le contexte juridique et réglementaire afin d'encourager le développement des prestataires de santé du secteur privé de sorte qui puisse compléter les efforts du secteur public. Ces 25 dernières années, la politique publique face aux prestataires de santé du secteur privé a évolué passant par plusieurs étapes, d'une étape relativement ouverte, à celle d'une interdiction légale pour arriver à la période actuelle de re-libéralisation. Cette politique montre également que les prestataires à but non lucratif des organismes volontaires travaillaient dans un contexte moins restrictif que les prestataires à but lucratif.

Le ***Tableau 4-14*** récapitule les principales conditions nécessaires pour établir une pratique privée ou un obstacle privé dans le cadre de la Loi de 1991 sur l'exercice privé. Tel que le montre ce récapitulatif, les conditions et les tarifs connexes sont en gros les mêmes pour les prestataires à but non lucratif et les prestataires à but lucratif.

Les conditions afférentes à la patente dans le cadre de la nouvelle loi et les réglementations connexes ne varient pas selon l'organisation financière ou l'affiliation organisationnelle du prestataire du secteur privé. Les prestataires de santé, tant du secteur public que privé, doivent être enregistrés auprès du Conseil médical. Mais si les hôpitaux à but non lucratif et à but lucratif (à l'exception des Hôpitaux de districts désignés), les médecins privés et les autres praticiens paramédicaux ont le droit de faire payer leurs services par contre, les infirmiers et les médecins du secteur public ne le peuvent pas. La loi donne également un barème spécifique pour les divers services. Les ***Tableaux 4-15 et 4-16*** récapitulent les conditions afférentes à la patente et au tarif des services.

4.4.1.2 L'impact de la légalisation

La légalisation a eu un effet très profond sur la croissance du secteur privé en Tanzanie, même avec les commissions d'enregistrement et les impôts sur les bénéfices. Dans le cadre de la libéralisation relative à la Loi de 1991 sur l'exercice privé, on a noté une croissance rapide dans le nombre d'hôpitaux à but lucratif, de cliniques de consultation, de dispensaires, de maternités et de pharmacies sur l'ensemble du pays mais tout notamment dans les grandes zones urbaines. Par exemple, selon le MS, Dar es Salaam compte à présent plus de 74 pharmacies en gros et au détail dont la plupart ont ouvert après 1991. Sur les 498 formations sanitaires privées agréées par le MS à la fin de 1993, 294 (59 pour 100) ont été enregistrées et approuvées par le MS après la loi de 1991. Un grand nombre attend encore l'autorisation du Conseil consultatif des hôpitaux privés du MS.

TABLEAU 4-14 CONDITIONS NECESSAIRES POUR LA CREATION D'UN CABINET OU D'UN HOPITAL PRIVE	
Médecins privés	- Doivent être enregistrés auprès du Conseil médical (Cap. 409) - Demande pour exercice privé doit être validée par le Médecin-Chef et le Responsable médical régional - Demande de patente auprès du Registre des hôpitaux dans le cadre de la Loi régissant les hôpitaux privés (Réglementation), 1977 (Section 9) [pour dispensaire, demande de 10 000 Tsh. ; pour centre de santé, 15 000 Tsh. ; pour hôpital, 20 000 Tsh. ; pour consultation, 7 000 Tsh.] - Demande pour patente auprès du Conseil municipal des collectivités locales
Hôpitaux à but non lucratif	- Demande pour hôpital privé doit être validée par le Médecin-Chef et le Responsable médical régional - Demande de patente auprès du Registre des hôpitaux dans le cadre de la Loi régissant les hôpitaux privés (Réglementation), 1977 [demande de 20 000 Tsh.] - Demande pour patente auprès du Conseil municipal des collectivités locales
Hôpitaux à but lucratif	- Demande pour hôpital privé doit être validée par le Médecin-Chef et le Responsable médical régional - Demande de patente auprès du Registre des hôpitaux dans le cadre de la Loi régissant les hôpitaux privés (Réglementation), 1977 [demande de 20 000 Tsh.] - Demande pour patente auprès du Conseil municipal des collectivités locales
Autres praticiens paramédicaux	- Responsable médical assistant et assistant dentaire—sujet à la patente dans le cadre du Décret pour les praticiens médicaux et les dentistes (Section 7) - Demande pour exercice privé doit être validée par le Médecin-Chef et le Responsable médical régional - Demande auprès du Registre dans le cadre de la Loi régissant les hôpitaux privés (Réglementation), 1977 (Section 6D) - Demande pour patente auprès du Conseil municipal des collectivités locales

Autres praticiens	- Infirmiers—Non applicable
	- Opticiens
	  - Demande d'enregistrement dans le de la Loi opticale, 1965 (Section 5)
	  - Demande pour patente auprès du Conseil municipal des collectivités locales

Source : Banque mondiale, 1993a.	

TABLEAU 4-15 CONDITIONS AFFERENTES A LA PATENTE	
Médecins privés	- Doivent s'enregistrer auprès du Conseil médical de Tanganyika dans le cadre du Décret pour les praticiens médicaux et les dentistes (Section 13) [500 Tsh.] - Expérience de travail d'un minimum de trois ans dans un ou plusieurs hôpitaux ou institutions du gouvernement. Aux termes des Réglementations pour les praticiens médicaux (conditions préalables à l'enregistrement), 1968 (Règle 2[b])
Médecins publics	- Doivent s'enregistrer auprès du Conseil médical de Tanganyika dans le cadre du Décret pour les praticiens médicaux et les dentistes (Section 13) [500 Tsh.]
Autres praticiens paramédicaux	- Les assistants médicaux et les assistants dentaires doivent, aux termes du Décret pour les praticiens médicaux (Section 7), être agréés par le Conseil médical de Tanganyika avant d'exercer [500 Tsh.]
Autres praticiens	- Les infirmiers doivent être enregistrés, aux termes du Décret pour les infirmiers et les sages-femmes (Cap. 325) (Section 7), auprès du Conseil des infirmiers et des sages-femmes [500 Tsh.] - Les opticiens doivent être enregistrés aux termes de la Loi opticale, 1965 avant d'exercer (Section 5) [2 000 Tsh. comme particulier ; 10 000 Tsh. comme entité morale]
Source : Banque mondiale, 1993a.	

La Banque mondiale a fait une étude des structures juridiques régissant la prestation privée des services de santé en Tanzanie pour identifier toutes faiblesses ou lacunes restantes dans le cadre juridiques et réglementaire existant (Banque mondiale, 1993a). L'étude a conclu que les lois actuelles ne représentaient aucune contrainte importante pour le développement du secteur privé mais elle a aussi identifié plusieurs lacunes restantes :

- La structure juridique actuelle ne comprend pas de stipulations pour la résolution des litiges liés aux droits des patients et à la responsabilité des prestataires.
- L'amendement à la loi de 1977 sur les Hôpitaux privés impose encore une structure tarifaire reflétant ce qui est abordable aux yeux du gouvernement plutôt que les coûts de la prestation de services ou les conditions du marché en général. Parmi les prestataires de Dar es Salaam interviewés pour la présente étude, les propriétaires et les gestionnaires des hôpitaux ont indiqué que, même si les hôpitaux ou d'autres formations sanitaires n'affichent pas ou n'utilisent pas le barème, ils craignent pourtant que le gouvernement puisse à l'avenir faire appliquer certaines de ces lois. Cette incertitude quant au comportement du gouvernement décourage les investissements importants dans le secteur privé.
- Il n'existe pas de système de contrôle, aussi le MS a-t-il le contrôle exclusif.
- Le processus à suivre pour obtenir une patente est complexe et long et des impôts variables sont collectés selon l'endroit.
- La Loi sur les hôpitaux privés ne définit pas clairement les conditions nécessaires pour ouvrir un cabinet privé.

TABLEAU 4-16 CONDITIONS AFFERENTES AUX TARIFS ET AU RECOUVREMENT DES PAIEMENTS	
Médecins privés	- Autorisés à toucher des honoraires pour les consultations fournies, aux termes de la Loi sur la réglementation des hôpitaux privés, 1977 (Section 6D)
Médecins publics	- Non autorisés
Hôpitaux à but non lucratif	- Organismes volontaires—Recouvrement des honoraires autorisé dans le cadre des Réglementations des dons médicaux en aide aux organismes volontaires, 1980, Notice du gouvernement numéro 47, Règle 11 - Hôpitaux de districts désignés—par [encore] autorisés
Hôpitaux à but lucratif	- Autorisés à toucher des honoraires, aux termes de la Loi sur les hôpitaux privés (réglementation) , 1977 (Section 6D)
Autres praticiens paramédicaux	- Les assistants médicaux et les assistants dentaires sont autorisés à faire payer pour leurs services dans le cadre de la Loi de réglementation des hôpitaux privés, 1977 (Section 6D)
Autres praticiens	- Infirmiers—Non autorisés - Opticiens—Autorisés dans le cadre de la Loi opticale, 1965 (Section 23)
Source : Banque mondiale, 1993a.	

4.4.1.3 L'impact des lois et des réglementations sur la qualité du personnel

Le contexte réglementaire n'a pas évolué au vu des changements qui ont suivi la loi de 1991. L'inadéquation de l'environnement réglementaire est aggravée par le manque général de personnel sanitaire qualifié en Tanzanie, entravant la croissance du secteur sanitaire, tant privé que public.

Même au vu des conditions actuelles afférentes à la patente et à l'enregistrement, des professionnels de niveau plus faible—infirmiers, aides médicaux ruraux et assistants médicaux—ont pu se faire une place sur le marché privé des soins de santé en indiquant être des employés d'organisations agréées et, à présent, des personnes non qualifiées gèrent les formations sanitaires, contrairement aux réglementations existantes. La déontologie ne semble pas un moyen efficace de contrôler ces activités. Il est rare que les formations sanitaires publiques soient inspectées (Munishi, 1991 ; Kanji, Munishi et Kilima, 1992) et le gouvernement ne dispose que de ressources modiques pour contrôler et inspecter le secteur privé des soins de santé en pleine croissance. Les capacités gouvernementales ne suffisent plus vu les responsabilités supplémentaires au niveau contrôle et suivi.

Les dispensaires et les pharmacies des hôpitaux sont un bon exemple de cette situation. Dans le cadre des réglementations existantes, les dispensaires doivent être gérés et supervisés par un personnel médical agréé, de préférence des médecins, qui doivent satisfaire aux critères du MS. La plupart des dispensaires enquêtés dans la région de Kilimandjaro (95 pour 100) étaient possédés et gérés par des assistants médicaux et des aides médicaux ruraux—respectivement aux troisième et quatrième niveaux— qui ne sont pas qualifiés pour posséder ou gérer des dispensaires ou des cliniques. Cela signifie que, si les réglementations du MS devaient être appliquées à la lettre, la plupart des dispensaires à but non lucratif et à but lucratif dans le

Kilimandjaro—et dans de nombreux autres régions du pays—devraient fermer leurs portes. Si les réglementations étaient strictement administrées, alors le volume des services privés de santé rétrécirait très nettement.

Tel que nous l'avons mentionné, il y a abus de la disposition afférente aux "organisations agréées" qui permet d'ouvrir plusieurs unités avec une seule autorisation. Ces formations appartiendraient en principe à des médecins et à des "organisations agréées" mais, dans la réalité, on constate souvent qu'il s'agit d'affaires personnelles de membres non qualifiés (infirmiers, aides médicaux ruraux, assistants médicaux, etc.). Et pis, il semble bien que ces formations sanitaires ne soient pas supervisées par les médecins dont les noms apparaissent à l'entrée.

L'autorisation de toucher des honoraires dans le secteur privé a également un impact sur la disponibilité de personnel qualifié dans le secteur public. Les salaires de la Fonction publique ne durent que 12 à 15 jours par mois aux employés. Aussi, cherchent-ils des revenus supplémentaires souvent en prenant un travail à temps partiel dans des hôpitaux, dispensaires, pharmacies ou cliniques privés. C'est là la principale source de ressources humaines soutenant la croissance du secteur privé des soins de santé car les ressources formées dans le domaine médical sont très demandées.

Toutefois, cette tendance pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des services de santé dans les services du secteur public. Ce travail parallèle—officiellement encouragé par le gouvernement—a parfois permis à un groupe de professionnels d'ouvrir ensemble leurs propres cabinets alors qu'ils travaillent encore pour le gouvernement. Ces professionnels ont un emploi du temps bien calculé avec un des associés constamment à l'unité de santé. Parfois, des assistants sont employés à la place des associés.

Le système actuel de la Tanzanie n'a pas la capacité réglementaire nécessaire pour suivre l'évolution du secteur privé des soins de santé. Le marasme économique et le budget diminué du MS pourraient encore ébranler davantage l'infrastructure réglementaire, d'où une perte de qualité dans le secteur privé de la santé en pleine croissance. Les contrôles dans le secteur privé de la santé sont absolument nécessaires, surtout les critères et les standards de l'exercice de la médecine vu la croissance actuelle du secteur privé et le laxisme du contexte réglementaire. Relâcher le contexte réglementaire pourrait stimuler la croissance du secteur mais aux fins de qualité, il faut des normes de qualité et de sûreté qui doivent être énoncées bien clairement et administrées efficacement.

4.4.2 Contexte financier

4.4.2.1 Disponibilité de capitaux

La disponibilité de capitaux est et reste une des grandes contraintes pesant sur la croissance du secteur privé de la santé en Tanzanie bien que cette contrainte varie selon le niveau de services et le type de prestataires. Obtenir un capital de démarrage est plus difficile pour les formations sanitaires rangées dans les catégories de formations à but lucratif que pour celles à but non lucratif. C'est dû au fait que les organismes à but non lucratif ont souvent des sources diversifiées de financement, y compris des dons de matériaux de construction d'équipement et de médicaments. Un exemple en est le dispensaire catholique de Uchira dans la région de Kilimandjaro parrainé par des bailleurs de fonds. Les organismes à but non lucratif qui appartiennent à des paroisses ou à des églises sont souvent établis grâce à des contributions en nature et à un financement de la part des membres.

Le ***Tableau 4-17*** récapitule les résultats de l'enquête faite auprès des prestataires concernant la disponibilité des capitaux pour démarrer une pratique médicale et la facilité de l'achat de médicaments et d'équipement. Tel que le montre le tableau, il y a peu de différence dans les réponses des prestataires à but non lucratif et à but lucratif qui ont été interviewés. Il convient de noter que les prestataires à but non lucratif interviewés étaient pour la plupart des particuliers travaillant sous couvert d'une "organisation agréée". Les interviews ont clairement montré que les services confessionnels avaient moins de problèmes à obtenir un capital de démarrage et que l'investissement reste un problème pour le secteur privé de la santé. Cette situation demandera l'attention du gouvernement s'il cherche à motiver la participation du secteur privé au financement et à la prestation des services de soins de santé.

Le ***Tableau 4-17*** indique que les prestataires trouvent qu'il est facile d'acheter de l'équipement et des médicaments sur le marché tanzanien local mais certains prestataires ont dit que l'équipement et les médicaments étaient disponibles depuis la libéralisation de l'économie tanzanienne mais qu'ils étaient trop chers pour un petit investisseur. Les prestataires devraient rétrocéder le coût de ce matériel cher aux consommateurs sous forme de prix plus élevés, risquant ainsi de rendre les services inaccessibles et de les évincer du marché.

TABLEAU 4-17
FACILITE D'ACCES AU CAPITAL DE DEMARRAGE, MEDICAMENTS ET EQUIPEMENT
(pourcentage de répondants)

	Investisseurs à but lucratif		Investisseurs à but non lucratif	
	Facile	Difficile	Facile	Difficile
Disponibilité de capitaux	7	93	17	83
Achat de médicaments	88	12	80	20
Achat d'équipement	83	17	73	27

Dans des conditions normales, surtout celles d'économie de marché développé, les capitaux d'investissement sont disponibles par le biais d'institutions financières telles que les banques. Les prestataires à petite échelle se sont tous plaints de la difficulté à obtenir un crédit pour financer les locaux, l'équipement et les médicaments. Aussi, les particuliers se limitent-ils surtout aux petits dispensaires et aux pharmacies plutôt qu'aux hôpitaux et aux cliniques spécialisées qui exigent généralement un investissement plus conséquent.

Les institutions financières ne prennent pas le secteur de la santé comme un domaine d'investissement viable. Les banques et les créditeurs demandent des garanties avant de prêter de l'argent et une majorité de ceux qui veulent ouvrir des dispensaires, des cliniques et des pharmacies sont soit des praticiens faiblement rémunérés qui ont pris leur retraite avec une pension peu importante, soit des personnes qui ont quitté la fonction publique ou qui font encore partie du système public. Ces personnes n'ont que peu, voire pas d'économie pour faire des investissements importants dans des entreprises chères tels les soins de santé. La majorité de ces particuliers n'ont pas de biens qui puissent leur servir de garantie.

L'étude a trouvé deux aspects du problème d'accès aux capitaux. Le premier aspect concerne l'établissement récent de cabinets avec une seule personne, avec peu de financement, venant généralement du cercle familial du propriétaire. Le second aspect, lié au premier, concerne la création d'une majorité de ces cabinets dans une ou plusieurs pièces d'une maison résidentielle qui ne répond pas forcément aux normes du

MS. L'on peut douter de la qualité des services rendus dans le cadre de tels arrangements, surtout au niveau des pratiques médicales.

4.4.2.2 Fiabilité des recettes provenant des honoraires

La fiabilité du revenu tiré des honoraires est liée étroitement à la disponibilité de capitaux de démarrage pour les prestataires de santé du secteur privé. Par exemple, un grand nombre d'études montraient que l'existence des assurances-maladies est l'un des grands facteurs liés au potentiel de croissance du secteur sanitaire privé. Les assurances ainsi que d'autres institutions financières ont été nationalisées en 1967 lors des politiques socialistes dans le cadre de la Déclaration d'Arusha. Actuellement, la Corporation nationale d'assurance couvre une proportion relativement petite de la population. L'absence d'un bon système d'assurance ne permet pas à des investisseurs privés d'avoir accès à une source de financement sanitaire. Le gouvernement est en train de mettre en place une certaine forme d'assurance ou de plans prépayés par le biais desquels les services de santé peuvent être financés.

Les allocations de l'employeur représentent une autre possibilité pour les paiements tierce-partie des soins médicaux. L'étude a constaté certains arrangements par le biais desquels les employés pouvaient être traités dans des centres privés sans avoir à verser de paiement. Le traitement de ces employés est payé par les employeurs sur la base d'un contrat négocié avec les propriétaires du centre de santé. Par exemple, le dispensaire de la Croix rouge de la municipalité de Moshi a des contrats pour le traitement des employés de la Société de café, de la Société d'électricité de la Tanzanie et de la Compagnie pharmaceutique nationale. Certaines entreprises privées, par exemple, les Services de santé professionnelle de Dar es Salaam, travaillent presque exclusivement avec des sociétés nécessitant des services de santé préventive et curative pour leurs employés. Ces arrangements contractuels, non seulement garantissent le financement, mais offrent également aux propriétaires de ces centres un marché "sûr" en un temps où la concurrence est rude.

4.4.2.3 Imposition

Dans le cadre de la Loi de 1991 sur l'exercice privé, tous les prestataires de santé privés, à l'exception de ceux à but non lucratif, sont soumis à des taxes professionnelles et à l'impôt sur le revenu. Certains praticiens tels que les opticiens sont également soumis à le ***Tableau 4-18*** récapitule ces obligations fiscales.

Comme dans pratiquement tous les pays, les prestataires privés en Tanzanie trouvent que les impôts sont trop lourds. Les prestataires ont également indiqué que le système fiscal favorise certains prestataires. Si une "organisation agréée", surtout une organisation confessionnelle importe de l'équipement médical ou des médicaments qui sont déclarés être un don de l'étranger, ces mêmes biens sont exonérés de taxe. Par contre, si de telles importations ne sont pas catégorisées comme faisant partie des biens de l'Eglise ou comme cadeau, des droits d'importation ou taxes à la vente sont demandés. Les services touchés par les taxes à la vente tendent à devenir chers, faisant qu'il est difficile d'attirer des clients et des capitaux privés. Les prestataires se sont également plaints du trop grand nombre de procédures et de réglementations fiscales complexes, notamment les droits d'importation, les taxes à la vente et les impôts sur le revenu.

Avant 1993, les taxes sur les médicaments étaient d'environ 5 pour 100. Récemment, la catégorie fiscale s'est accrue à 40 pour 100, à la grande colère du secteur privé. Pour rentrer dans leurs frais, certains prestataires privés ont dû augmenter leurs prix à un niveau tel qu'ils risquent de perdre leurs clients

traditionnels. Cette taxe fut l'objet de la principale plainte émise par les prestataires interviewés dans le cadre de cette étude.

Ces conditions fiscales encouragent les prestataires à contourner la réglementation dans le cadre de la nouvelle loi. Vu que les "organisations agréées" à but non lucratif sont exonérées d'impôts, elles n'ont pas besoin de payer les mêmes taxes et de se plier aux mêmes réglementations et il est donc plus rentable pour les prestataires de rester sous le couvert d'une "organisation agréée". Du moment qu'ils ne sont pas découverts par les autorités fiscales, ces prestataires n'ont guère intérêt à se faire enregistrer auprès du MS et à changer leur statut.

4.4.3 Prix et capacité de payer

Un grand nombre de personnes se demandent si un secteur sanitaire privé peut croître dans un pays où la majorité de la population est relativement pauvre et risque de ne pas pouvoir payer un tarif suffisant pour maintenir des prestataires privés. Même si le revenu moyen par habitant en Tanzanie est parmi les plus faibles au monde (moins de 200 dollars), environ 87 pour 100 des prestataires à but lucratif interviewés dans le cadre de cette étude ont indiqué que leurs clients étaient prêts à payer pour leurs services. L'étude n'a pas eu l'occasion de tester l'élasticité de la demande (par exemple, l'effet d'un accroissement des prix) mais les interviews ont montré qu'à Kilimandjaro et à Dar es Salaam, la capacité des prestataires existants est plus élevée que la demande actuelle. De fait, certains prestataires ont été forcés, par les conditions du marché, de baisser leurs prix jusqu'à un niveau marginal. Le prix d'un examen routinier au centre de santé de l'Université de Dar es Salaam par exemple, est de 400 Tsh. et une dose entière de traitement antipaludisme se situe dans une fourchette allant de 1 500 à 3 000 Tsh. Les mêmes articles dans le dispensaire privée à but lucratif d'Ubungo coûtent respectivement 200 Tsh. et 1 500 Tsh.

TABLEAU 4-18 IMPOSITION DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE	
Médecins privés	- Impôts professionnels devant être payés annuellement aux Conseils municipaux - Impôts sur le revenu devant être payés annuellement au Département des impôts sur le revenu du Ministère des Finances
Hôpitaux à but non lucratif	- Non applicable (aucun impôt demandé)
Hôpitaux à but lucratif	- Impôts professionnels devant être payés annuellement aux Conseils municipaux - Impôts sur le revenu devant être payés annuellement au Département des impôts sur le revenu du Ministère des Finances
Autres praticiens paramédicaux	- Impôts professionnels devant être payés annuellement aux Conseils municipaux - Impôts sur le revenu devant être payés annuellement au Département des impôts sur le revenu du Ministère des Finances

Autres praticiens	- Opticiens
	  - Impôts professionnels devant être payés annuellement aux Conseils municipaux
	  - Impôts sur le revenu devant être payés annuellement au Département des impôts sur le revenu du Ministère des Finances
	  - Impôts sur la société pour ceux enregistrés comme personne moral aux termes de la Section 8 de la Loi opticale de 1965

Source : Banque mondiale, 1993a.	

Les directives gouvernementales fixent le prix d'examens routiniers à 400 Tsh. Mais toutes les unités à but lucratif enquêtées dans la municipalité et certaines à Dar es Salaam demandaient des prix allant de 100 à 300 Tsh. par examen. Et si les directives gouvernementales fixent le prix de simples opérations à 4 000-5 000 Tsh, les formations sanitaires confessionnelles à but non lucratif demandent entre 1 500 et 3 000 Tsh.

Résultat intéressant : les prestataires à but lucratif et à but non lucratif ont évalué informellement la capacité de payer de leurs clients et leur ont demandé un prix conséquent à ce jugement subjectif. Les responsables et les propriétaires interviewés à Dar es Salaam et à Moshi ont indiqué que, généralement, leurs employés reçoivent une formation sur le tas leur permettant d'être sensibles à la capacité de payer des clients. Les services ne sont pas refusés à ces derniers parce qu'ils ne peuvent pas payer pour un service d'un prix élevé mais on leur offre un traitement moins cher ou on leur donne l'occasion de payer par la suite (si le prestataire sait que le paiement sera effectivement fait par la suite).

Le danger est que certains clients risquent de payer plus que le prix standard si l'on juge qu'ils sont en mesure de le faire. On risque également de donner à certains un traitement qui peut être inefficace même s'il est d'un prix moindre. On ne saurait répondre à cette question sans faire une évaluation détaillée de la qualité des services de traitement vendus sur le marché.

Le ***Tableau 4-19*** récapitule les résultats d'une enquête récente faite auprès de 1 820 ménages couvrant 11 961 personnes concernant le comportement de consultations de services de santé (Abel-Smith et Rawal, 1992). L'enquête donne une indication des effets du niveau de revenu sur le choix du prestataire et la volonté

de payer pour les services. Le ***Tableau 4-19*** montre que l'utilisation des formations sanitaires privées augmente parallèlement au niveau de revenus mais l'utilisation des formations missionnaires à but non lucratif n'indique aucune relation claire avec le niveau de revenus. Il montre également une diminution progressive dans l'utilisation des services publics de soins de santé au fur et à mesure qu'augmente le revenu. On peut supposer que les personnes avec des revenus plus élevés se rendent auprès d'autres services de soins de santé, y compris les services privés à but lucratif, étant donné qu'on pense que les services du secteur public sont de moins bonne qualité.

Il convient d'interpréter avec prudence les résultats concernant les formations sanitaires à but lucratif vu que l'approche d'échantillonnage à identifier les ménages qui avaient accès à des formations sanitaires publiques et missionnaires mais n'a pas tenu compte de la disponibilité des formations sanitaires à but lucratif. Cela signifie qu'un certain nombre des ménages enquêtés dans les zones rurales n'avaient probablement pas accès à des formations sanitaires à but lucratif. Cela, conjugué au fait que les niveaux de dépenses des ménages ruraux sont généralement plus faibles que ceux des ménages urbains signifie que la tendance montrée pourrait être due au choix de l'échantillon. Une tendance plus claire pourrait se présenter si les données étaient stratifiées par résidence urbaine et rurale et catégories à but non lucratif et à but lucratif comparé aux services publics.

L'enquête auprès des prestataires n'éclaire pas davantage cette question. En ce qui concerne les établissements à but non lucratif, surtout ceux à vocation confessionnelle, le paiement peut être échelonné si l'on juge que le patient est en mesure de payer. Deuxièmement, ceux qui sont jugés subjectivement trop pauvres pour payer comptant doivent parfois payer en nature, par exemple, ils vont travailler dans la ferme de la paroisse en contrepartie du traitement qu'il ont reçu.

TABLEAU 4-19
COMPORTEMENT SANITAIRE PAR QUINTILE DE REVENUS

Action prise en cas de maladie	Quintiles de revenus*				
	I Le plus faible	II	III	IV	V Le plus élevé
Sans action	7,5	1,5	3,2	1,8	4,7
Auto-médication	22,5	15,9	21,0	18,8	18,3
Traditionnel	4,8	3,2	3,0	1,5	0,3
Gouvernement	42,5	49,7	39,4	34,6	35,0
Mission	18,0	14,4	20,2	24,2	17,3
Privé	3,6	8,0	6,4	9,0	17,3
Militaire/employeur	0,0	7,1	5,7	10,0	7,0

* Les estimations du revenu sont fondées sur des dépenses hebdomadaires par équivalent d'adultes
Source : Abel-Smith et Rawal, 1992.

Les tendances historiques dans presque tous les pays montrent que des ménages avec des revenus plus élevés dépensent davantage pour les soins de santé. Aussi, est-il réaliste de penser que, lorsque les revenus augmentent parallèlement à l'amélioration de l'économie tanzanienne, les gens pourront économiser davantage pour acheter ces services. Mais les faits montrent que même au niveau actuel de revenus, les gens sont prêts à payer davantage pour les services de santé si on améliore la qualité.

Une enquête a été faite auprès de 600 patients (200 à Dar es Salaam, 200 à Morogoro et 200 à Iringa) dans des hôpitaux publics qui ont adapté l'arrangement partage de coûts (Venthouse Associates, Inc., 1994).

L'enquête visait à évaluer la volonté et la capacité des patients à payer pour des services de santé en considérant les frais actuels pour le partage de coûts et des tarifs plus élevés. On a demandé aux patients s'ils étaient prêts à payer davantage 1) si les services étaient améliorés et 2) si le temps passé par visite de maladie était écourté. Les résultats (***Tableau 4-20***) montrent que les gens sont tout à fait prêts à payer pour des améliorations de la qualité et peuvent être interprétés comme la volonté de payer pour des services du secteur privé si l'on juge le service donné en temps opportun avec une qualité supérieure.

TABLEAU 4-20
VOLONTE DE PAYER DAVANTAGE POUR DES AMELIORATIONS DE SERVICES

	Oui		Non		Non décidé	
	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.	Nbr.	Pourc.
Volonté de payer :						
20 pour 100 en plus	270	45	156	26	174	29
50 pour cent en plus	310	35	210	35	192	32
100 pour 100 en plus	120	20	198	33	210	35
Total	600	100	600	100	600	100

Source : Vethouse Associates, Inc., 1994.

5.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La Tanzanie a fait des progrès très importants depuis l'Indépendance dans l'amélioration de l'état de santé de la population. Le pays a un taux élevé de vaccination des enfants et a augmenté le nombre de formations sanitaires et le niveau du personnel de santé pour mettre les services à la disposition de la majorité de la population. Mais de grands problèmes subsistent—notamment dans les domaines des problèmes "traditionnels" de la santé publique tels que le paludisme et les maladies respiratoires, ainsi que les faibles taux de prévalence de la contraception au vu des taux élevés de croissance de la population. La propagation du VIH/SIDA et les accroissements connexes de la tuberculose posent de graves problèmes pour le système de santé publique.

A l'instar de maints autres pays africains, la Tanzanie a vu son économie se dégrader gravement pendant les années 70 et les années 80, entraînant de dures contraintes budgétaires pour l'Etat et des difficultés croissantes pour répondre à l'engagement de prêter des services de santé. En 1990, le gouvernement dépendait cinq fois plus de l'assistance étrangère qu'au moment de l'Indépendance en 1961. Bien que le budget de l'Etat ait augmenté pendant cette période, à la fin des années 80, il n'arrivait pas à maintenir le même rythme que l'inflation ou la croissance de la population et les services de santé se sont détériorés. Les médicaments nécessaires manquaient de plus en plus et les établissements de santé n'étaient plus rénovés. Bien que la Tanzanie dépense une part plus importante de son PIB pour la santé que les autres pays avec des niveaux de revenus analogues, l'espérance de vie en 1990 était plus faible que ne le laisse supposer ses niveaux nationaux de revenus et d'éducation.

Ces conditions montrent que l'Etat a de moins en moins la capacité nécessaire pour développer, améliorer et maintenir des services de santé publics gratuits. C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé (MS) a adopté plusieurs mesures en vue d'une réforme importante de l'organisation, du financement et de la gestion du secteur de santé. Les contraintes exercées sur les ressources du secteur public en Tanzanie font qu'il est de plus en plus important de chercher des sources non gouvernementales pour le financement des services de santé, par exemple, les paiements des utilisateurs et des sources non gouvernementales des soins de santé pour combler la lacune qui existe entre les services de santé disponibles et les besoins sanitaires de la population. Depuis le début des années 90, le gouvernement a fait du développement du secteur privé la pierre angulaire de ses réformes du secteur de la santé.

Dans le cadre de cette réforme, le MS cherche à exploiter le potentiel de prestation de services de santé du secteur privé et à encourager le développement du secteur privé, de sorte à compléter la prestation gouvernementale des services de santé. Cette politique favorable coïncide avec le changement dans le rôle du gouvernement : davantage un régulateur qu'un prestataire des services de santé. Ce changement dans la position vis-à-vis du secteur privé tient à la reconnaissance que les contraintes financières actuelles du secteur public demandent qu'on recherche des sources non gouvernementales de soins de santé. Le contexte politique changeant explique également cette nouvelle position.

Reconnaissant de plus en plus la dimension, l'ampleur et la diversité des services de santé privés en Afrique, les gouvernements africains et les bailleurs de fonds internationaux ont cherché à mieux évaluer dans quelle mesure le secteur privé pouvait contribuer à atteindre les objectifs sanitaires du secteur public. Cette reconnaissance a, à son tour, valu un examen des mesures juridiques, réglementaires, financières et autres du secteur public pouvant affecter la capacité du secteur privé à fournir des services de qualité.

Ces questions sont particulièrement pertinentes pour la Tanzanie qui, à certains moments, a délibérément limité l'activité du secteur privé dans le domaine de la santé et, à d'autres moments, a encouragé et soutenu la croissance de certains types de prestataires du secteur privé. La présente étude fournit une information initiale et une analyse que le MS peut utiliser pour élaborer davantage des politiques visant à renforcer les partenariats public-privé aux fins d'étendre la couverture, de renforcer la qualité et l'efficience des services de santé et d'améliorer l'état de santé en Tanzanie.

La section suivante met en exergue les principaux résultats de l'étude, présente les conclusions et les recommandations concernant la contribution éventuelle que peuvent faire les prestataires sanitaires privés au programme de réforme de la santé publique en Tanzanie. Elle présente également des conclusions et des recommandations sur la collaboration entre les secteurs public et privé de la santé en vue d'atteindre ces mêmes buts. Enfin, elle identifie plusieurs questions qu'il faudra envisager dans le cadre de la stratégie générale de réforme du MS qui tiennent compte de l'impact que le développement du secteur privé pourrait avoir sur les buts du MS en vue de renforcer le secteur public.

5.1 CONTRIBUTIONS DU SECTEUR PRIVE AU PROGRAMME DE SANTE PUBLIQUE

Dans le contexte plus large de la réforme du secteur santé, des politiques qui encouragent un rôle plus important pour les prestataires de santé du secteur privé peuvent aider les ministères de la santé à :

- améliorer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé et des médicaments sans que l'on demande à l'Etat de fournir directement des soins complémentaires ;
- accroître la disponibilité des services de santé pour les groupes aux plus faibles revenus peu desservis et parmi les plus difficiles à atteindre ;
- augmenter l'efficacité générale de la prestation des services de santé en autorisant l'Etat à profiter des efficacités que peuvent réaliser certains prestataires du secteur privé ; et
- diminuer le financement public pour des services de santé pour lesquels les gens peuvent et sont prêts à payer ou pour les services couverts par des paiements d'assurance.

Par exemple, l'une des principales contributions que l'Eglise, les missions et d'autres organismes volontaires peuvent faire au programme de santé du secteur public dans de nombreux pays africains est de maintenir et d'élargir leur capacité à fournir des services de haute qualité, surtout des services préventifs prioritaires aux groupes parmi les plus pauvres et les plus ignorés, leur fournissant ces services à des prix qu'ils peuvent se permettre. Les prestataires à but lucratif peuvent surtout contribuer en fournissant des soins à des groupes qui sont capables de payer pour ces soins mais qui utilisent actuellement des soins publics gratuits ou très subventionnés. En principe, l'élargissement des services privés à but lucratif doit aider à libérer les ressources publiques pour dispenser des soins à ceux qui ont le moins de capacité de payer.

Le Ministère de la Santé en Tanzanie reconnaît les contributions éventuelles du secteur privé et a défini un rôle solide pour ce secteur dans ses récentes réformes du secteur de la santé. Un des fondements de la réforme consiste à élargir la Loi de 1991 sur l'exercice privé pour "aider et encourager le secteur privé à croître et à fournir des soins de santé de qualité pour compléter les efforts du gouvernement en vue d'une prestation équitable et abordable des soins de santé" (MS, 1994b).

Le principal objectif de l'examen de cette étude, de la dimension, de la portée et de la distribution du secteur privé est d'évaluer dans quelle mesure il peut contribuer ainsi aux buts du secteur public.

5.1.1 Utiliser le secteur privé pour élargir l'accès aux services de santé

L'objectif général du secteur de la santé en Tanzanie est d'améliorer la santé et le bien-être de la population, tout notamment en ce qui concerne l'équité et l'accès aux service de soins de santé primaires. Le Ministère de la Santé insiste sur "la disponibilité universelle équitable de soins de santé essentiels efficaces à un coût que peuvent se permettre le pays et la communauté" (MS, 1994b).

Jusqu'à récemment, ces efforts ont été en grande partie parrainés, gérés et financés par l'Etat. Dans le cadre de la réforme sectorielle démarrée récemment par le MS, les prestataires privés des services de santé devraient jouer un rôle important au vu des buts sanitaires du secteur public, ce qui représente un changement significatif par rapport aux politiques antérieures du MS face au secteur privé.

Par contre, le MS reconnaît et utilise depuis longtemps les capacités des prestataires du secteur privé à but non lucratif, surtout les formations sanitaires confessionnelles et les organismes volontaires. Par exemple, le gouvernement a intégré 17 hôpitaux possédés par des organismes volontaires à but non lucratif dans le réseau de santé du MS en tant que "Hôpitaux de districts désignés" ou HDD. Ces hôpitaux appartiennent encore aux organismes volontaires mais, à présent, ils sont entièrement financés et dirigés par le MS et, à ce titre, sont généralement considérés comme des formations sanitaires publiques. En 1993, les organismes volontaires possédaient 44 pour 100 des hôpitaux enregistrés de la nation et pratiquement la moitié de tous les lits d'hôpitaux, y compris ceux des HDD.

La libéralisation des lois concernant les prestataires privés a entraîné dans son sillon une explosion des formations sanitaires à but lucratif qui représentent à présent 42 pour 100 de toutes les formations sanitaires privées de Dar es Salaam, y compris 83 pour 100 de tous les hôpitaux privés et 57 pour 100 de tous les lits d'hôpitaux privés. Le secteur sanitaire privé est également devenu un employeur de plus en plus important du personnel médical dans les zones urbaines telles que Dar es Salaam, où il emploie actuellement un total de 3 661 personnes.

La présente étude a identifié trois grands types de prestataires du secteur privé intervenant actuellement en Tanzanie et les a classés en fonction du type de propriété et de l'orientation financière : formations sanitaires appartenant à des organismes volontaires à but non lucratif, dispensaires des employeurs et prestataires de soins de santé à but lucratif. L'étude a également identifié cinq sous-catégories de prestataires du secteur privé : 1) les prestataires à but non lucratif gérés par des organismes volontaires et désignés comme "organisations agréées" ; 2) les prestataires privés et parapublics des employeurs ; 3) les prestataires à but lucratif affiliés aux "organisations agréées" ; 4) les prestataires à but lucratif approuvés avant 1991 (par exemple, Fondation Aga Khan, Hindu Mandal) et 5) tous les autres prestataires de santé indépendants, à but lucratif, approuvés depuis 1991. A toutes fins pratiques, la présente étude ne comprend pas une collecte de données pour une sixième sous-catégorie, à savoir le secteur sanitaire informel comprenant les praticiens traditionnels.

Les données provenant de cette étude et l'enquête auprès des formations sanitaires privées de Dar es Salaam indiquent que le secteur privé en Tanzanie joue un rôle important concernant la prestation des soins de santé, surtout dans les zones urbaines. Les statistiques du gouvernement pour 1992 indiquent que les prestataires du secteur privé possédaient environ 25 pour 100 de tous les hôpitaux et dispensaires de la Tanzanie et environ 5 pour 100 des centres de santé. Les formations sanitaires des organismes volontaires à but non lucratif sont distribuées de manière plus ou moins égale dans les 20 régions du pays, y compris la capitale. Les hôpitaux et les dispensaires des employeurs (surtout parapublics) sont concentrés dans six des régions. Les prestataires à but lucratif sont concentrés à Dar es Salaam et dans d'autres centres urbains.

Recommandations

- Vu la longue collaboration entre le secteur public et les prestataires sanitaires privés à but non lucratif en Tanzanie et vu la vaste distribution des prestataires à but non lucratif sur l'ensemble du pays, le MS devrait continuer sa solide collaboration avec les prestataires sanitaires des organismes volontaires à but non lucratif pour maintenir leur contribution à la disponibilité générale des soins primaires et des services hospitaliers du pays.
- Vu la diversité des prestataires sanitaires du secteur privé en Tanzanie, le MS devra continuer à déployer des politiques plus ou moins distinctes pour chacun des grands types de prestataires du secteur privé. Par le passé, le MS avait fait une distinction claire entre les prestataires sanitaires à but lucratif et ceux à but non lucratif. Au fur et à mesure que le secteur privé continue à se développer et à devenir plus diversifié, le MS devra affiner ses politiques pour tenir compte des différents modes d'exercice et de l'orientation financière de ces prestataires et devra élaborer différents encouragements, différentes approches réglementaires et différents mécanismes de collaboration. (Cette question est traitée plus en détail par la suite.)
- Vu la distribution actuelle des prestataires sanitaires à but lucratif, le MS peut probablement concentrer ses efforts de collaboration sur les prestataires à but lucratif de Dar es Salaam utilisant cette expérience comme test pilote pouvant, par la suite, être étendu à d'autres zones urbaines. Le MS, de fait, devrait chercher immédiatement à développer une vision systématique et des politiques pour orienter efficacement la croissance chez les prestataires à but lucratif—qui ont connu l'essentiel de la croissance du secteur privé depuis la libéralisation en 1991—afin de mieux utiliser les ressources disponibles du secteur public.
- Le MS devrait évaluer le rôle éventuel des services sanitaires des employeurs dans la prestation privée et/ou le financement des services de santé car ils pourraient constituer une contribution utile à la capacité du système sanitaire dans les zones urbaines. L'information disponible pour la présente étude indique que les prestataires sanitaires des employeurs risquent d'être relativement négligés dans le cadre de la réforme actuelle. Les services de santé de l'employeur représentent souvent une capacité "cachée" lors des premières étapes du développement du secteur privé bien qu'ils puissent également demander un traitement spécial du point de vue enregistrement, certification et assurance de qualité.

5.1.2 Utiliser le secteur privé pour élargir l'accès aux services prioritaires de santé publique

Evaluant la contribution éventuelle du secteur privé à des services de santé spécifiques, cette étude se concentre sur les grands services de santé publique stipulés dans la méthodologie HHRAA pour l'étude comparative du secteur privé dans quatre pays (Berman et Hanson, 1993). Ces services de santé publique englobent les services préventifs et curatifs pour les grands problèmes de santé publique que rencontrent un grand nombre de pays africains, y compris la Tanzanie : maladies transmissibles de l'enfance, tuberculose, paludisme et SIDA. Ces services comprennent également des services de santé reproductive, par exemple, la planification familiale et les services de santé maternelle et périnatale (y compris les accouchements).

Les données disponibles pour cette étude ont montré que, pris collectivement, presque la moitié des hôpitaux et des centres de santé du secteur privé en Tanzanie fournissent un traitement pour la tuberculose et que plus de la moitié fournissent des services de santé maternelle et infantile (PMI), y compris vaccinations,

suivi de la croissance et traitement des maladies diarrhéiques. Mais seulement un quart à un tiers des dispensaires à but lucratif plus petits offrent ces mêmes services.

Différents services sont dispensés suivant le type de prestataires privés. Par exemple, tous les hôpitaux et les centres de santé parapublics à Dar es Salaam fournissent des traitements antituberculose mais seulement la moitié fournissent des services de PMI ou de planification familiale. Seulement un tiers des hôpitaux et des centres de santé privés à but lucratif fournissent un traitement antituberculose mais la moitié ou même plus fournissent des services de planification familiale et de PMI.

Le MS reste encore le principal prestataire des services de planification familiale du pays et la principale source de contraceptifs, fournissant 72 pour 100 de tous les contraceptifs. Bien que la moitié des centres de santé et des hôpitaux privés fournissent des services de planification familiale, seulement 28 pour 100 des dispensaires privés fournissent ces mêmes services.

Le MS est le principal prestataire des services de vaccination. Ses taux sont parmi les plus élevés pour la couverture vaccinale en Afrique subsaharienne : plus de 70 pour 100 des enfants sont entièrement vaccinés avant l'âge de deux ans et 56 pour 100 sont entièrement vaccinés avant leur premier anniversaire.

Les résultats de cette étude indiquent qu'une proportion plus importante qu'on ne le réalise de prestataires sanitaires privés, surtout les hôpitaux et les cliniques, fournissent des services prioritaires de santé publique. S'il existe donc une expérience préalable de prestation de ces services, les données montrent également que cette capacité varie par type de prestataire privé et par prestataire individuel. En général, les hôpitaux et les centres de santé privés sont bien plus susceptibles de fournir des services prioritaires de santé publique que les dispensaires.

Recommandations

- Le secteur public en Tanzanie a une capacité bien développée de prestation de services préventifs, par exemple, vaccinations des enfants. La couverture vaccinale est bonne. Vu le solide avantage comparatif du secteur public à cet égard, il n'y a aucune raison de confier ces responsabilités au secteur privé. Mais le MS ne devrait pas décourager les prestataires privés qui veulent fournir des services préventifs et pourrait même fournir certains encouragements aux prestataires privés qui prêtent des services préventifs là où n'existent pas de prestataires publics.
- Le MS pourrait se concentrer sur la capacité du secteur privé dans le domaine des soins curatifs au niveau hôpital ainsi qu'au niveau des soins primaires. Vu que la plupart des hôpitaux et des centres de santé privés fournissent normalement des services de PMI et de traitement antituberculose sans qu'il y ait encouragement du MS, le secteur privé a la capacité de se charger d'une partie de la responsabilité qui incombe à l'Etat et d'absorber la demande croissante pour ces services.

5.2 AMELIORATION DE LA COLLABORATION PUBLIQUE-PRIVEE

Un des grands buts de la présente étude est d'évaluer dans quelle mesure les prestataires privés peuvent contribuer aux services prioritaires du secteur public et à la disponibilité générale des services de santé. Un autre objectif est d'évaluer comment le MS peut utiliser les politiques publiques pour promouvoir le développement du secteur privé de manière à contribuer aux buts du secteur public.

La présente étude s'est concentrée sur trois ensembles de politiques publiques qui affectent le développement du secteur privé : les mesures juridiques et réglementaires régissant la pratique privée ; les incitations et les désincitations financières et les structures tarifaires des services de santé qui affectent les revenus du prestataire ainsi que l'utilisation et la demande des services de santé de la part de la population. La section suivante présente des conclusions et des recommandations liées aux politiques juridiques, réglementaires et financières. La partie finale de cette section traite des politiques tarifaires.

La principale question qui marque les relations publiques-privées en Tanzanie n'est plus de savoir s'il faut collaborer mais de voir comment on peut collaborer et quelles sont les formes de collaboration et d'incitations qui sont les plus adéquates et les plus efficaces par rapport aux coûts.

5.2.1 Lois et réglementations

La Tanzanie a pris des mesures importantes pour légaliser l'exercice privé de la médecine. Des études faites par la Banque mondiale (1993a) et d'autres organisations concluent qu'il n'existe plus de grands obstacles juridiques. De fait, depuis la Loi de 1991 sur l'exercice privé, le nombre de prestataires privés à but lucratif a augmenté rapidement sur l'ensemble du pays, surtout dans les zones urbaines. Les principales questions que rencontre à présent le MS à cet égard concernent l'application et le suivi des réglementations. Probablement que les efforts réglementaires n'ont pas pu suivre le rythme des changements rapides après la Loi de 1991 sur l'exercice privé. La présente étude traite au moins de deux éventuels problèmes, exigeant qu'on leur prête attention.

Premièrement, l'étude a noté qu'un groupe important de formations sanitaires et de prestataires individuels utilisent des autorisations obtenues par une "organisation agréée" pour établir et gérer des services de santé à but lucratif avec peu, voire aucune supervision de l'organisation volontaire affiliée, pratique qui avait commencé pour contourner les lois restrictives avant 1991. Si un grand nombre de ces prestataires affiliés ont changé leur statut officiel, beaucoup d'autres formations sanitaires à but lucratif restent aux mains de personnes possédant encore ces permis à cause du statut d'exonération fiscale dont bénéficient les organismes volontaires et des difficultés bureaucratiques que connaissent les personnes qui cherchent à ouvrir des cabinets privés. Vu que plusieurs cliniques peuvent ouvrir sous le couvert d'un seul organisme volontaire, cette pratique a valu d'une part, qu'on sous-estime le nombre de formations sanitaires privées du pays—surtout les formations à but lucratif—et d'autre part, qu'on a du mal à localiser tous les prestataires privés pour suivre les conditions liées à la patente et les procédures d'assurance de qualité.

L'existence d'affiliés cachés des "organisations agréées" présente également de graves questions d'assurance de qualité car cela permet à des gens qui n'ont pas les compétences nécessaires de posséder et de gérer des services médicaux et sanitaires connexes. Même dans le cadre des conditions actuelles liées à l'enregistrement et à l'obtention des patentes, les professionnels à un niveau de qualification moindre peuvent s'installer sur le marché privé des soins de santé, surtout comme praticiens indépendants, en indiquant qu'ils sont des employés d'une "organisation agréée".

Les pratiques cliniques dans les secteurs tant public que privé est un second problème qui devrait être suivi de plus près par le gouvernement. La présente étude a noté que seules 45 à 50 pour 100 des formations sanitaires confessionnelles et seulement 25 pour 100 des formations sanitaires publiques de l'échantillon de Dar es Salaam suivaient des pratiques cliniques acceptables. Dans environ 35 pour 100 des organismes volontaires et des formations sanitaires publiques, on avait constaté des erreurs cliniques pouvant s'avérer graves. On a également constaté que les organismes volontaires manquaient de médicaments essentiels (par

exemple, sels de réhydratation orale) et ne suivaient pas toujours des protocoles de traitement acceptés, par exemple, la réhydratation dans les cas de diarrhée infantile.

Recommandations

- Le MS doit encourager les personnes qui possèdent des formations sanitaires sous les auspices d'organismes volontaires à s'inscrire comme prestataires indépendants, que ce soit à but lucratif ou à but non lucratif. Les associations des prestataires professionnels pourraient aider en encourageant les membres à s'inscrire correctement et en maintenant des fichiers à jour qui faciliteraient les contrôles d'identification.
- Le MS, avec l'assistance d'associations professionnelles, pourrait compiler une liste complète et exacte de toutes les formations sanitaires privées du pays, non seulement pour régulariser le processus d'enregistrement mais également pour faciliter le suivi des autorisations (patentes) et de l'assurance de la qualité. Cette liste devrait être mise à jour régulièrement (par exemple, une fois par an).
- Le MS pourrait envisager d'inclure des prestataires privés à ses programmes de formation en cours d'emploi portant sur les pratiques et les procédures cliniques. Des encouragements pourraient être offerts pour encourager la participation de ces prestataires si nécessaire, par exemple, formation gratuite ou indemnités journalières.
- Le MS, en collaboration avec des associations de prestataires, pourrait faire une étude plus complète de la qualité des prestations de services de santé dans le secteur privé pour évaluer les besoins de formation et de supervision continuelle renforcée ainsi que de suivi réglementaire.
- Le MS pourrait demander l'aide de prestataires privés pour la formation de personnel médical public dans des domaines où les prestataires privés sont très compétents, par exemple, la communication interpersonnelle et la gestion des stocks de médicaments.

5.2.2 Incitations financières

La présente étude a revu plusieurs aspects du contexte financier dans lequel travaillent les prestataires sanitaires du secteur privé : facilité d'obtention du crédit, niveaux et types d'imposition et perspectives de revenu adéquat à partir des recettes des services payants ainsi que disponibilité de subventions publiques directes. Il n'entrait pas dans la portée de la présente étude de réunir et d'analyser des informations pour évaluer les effets individuels spécifiques ou l'impact net de ces quatre facteurs—crédit, impôts, recettes des services payants et subventions—sur la taille, la portée et la distribution du secteur privé. En général, les données disponibles de cette étude esquissent quatre tendances dans le contexte financier actuel.

Premièrement, les subventions publiques directes sont dirigées vers les prestataires sanitaires privés des organismes volontaires à but non lucratif. Suite à ce soutien financier et au traitement légal préférentiel dont ils bénéficient, ce sont les prestataires sanitaires privés à but non lucratif qui prédominent à présent dans toutes les catégories de formations sanitaires : hôpitaux, centres de santé et dispensaires. Les données officielles du MS disponibles pour la présente étude concernant le total des nombres et types de prestataires privés montrent que les hôpitaux à but non lucratif représentent 87 pour 100 de tous les hôpitaux privés, 73 pour 100 de tous les centres de santé privés et 70 pour 100 de tous les dispensaires privés.

Deuxièmement, la croissance la plus rapide dans les formations sanitaires du secteur privé s'est faite parmi les petits dispensaires qui n'ont pas besoin de beaucoup de capitaux pour s'établir. La difficulté à obtenir du crédit a été identifiée par un grand nombre de prestataires interviewés dans le cadre de la présente étude comme étant une des grandes contraintes pour démarrer une opération sanitaire importante. Un grand nombre de ces petits dispensaires sont en fait des cabinets individuels ou de petites pharmacies ouverts par des personnes qui n'ont pas les garanties nécessaires pour obtenir des prêts permettant d'ouvrir des établissements sanitaires plus importants.

Troisièmement, les données disponibles sur cette étude suggèrent que les incitations pour la création de différentes formes de pratique privée sont probablement très différentes entre les zones urbaines et rurales. Une grande partie de la croissance du secteur privé s'est faite dans les zones urbaines et, si les prestataires à but non lucratif prédominent dans le pays pris dans son ensemble, par contre dans les zones urbaines, il existe un modèle différent. Les données disponibles montrent que les médecins et autre personnel médical à but lucratif sont deux fois plus nombreux dans la capitale que les prestataires à but non lucratif et les prestataires de l'employeur. Les 15 hôpitaux à but lucratif de Dar es Salaam représentent 83 pour 100 des hôpitaux privés et les cinq centres de santé à but lucratif de la ville représentent la moitié des centres de santé privés. Les 253 dispensaires privés sont distribués de manière assez égale entre les prestataires privés à but lucratif, les organismes volontaires et les prestataires des employeurs.

Quatrièmement, les données provenant d'une enquête faite à Dar es Salaam indiquent que la capacité des prestataires dépendant des employeurs, surtout le parapublic, est égale ou supérieure au secteur à but non lucratif du point de vue formations sanitaires, lits et personnel médical. Il existe des arrangements entre employeurs privés pour rembourser les services médicaux de leurs employés.

Recommandations

- A cette étape de la croissance du secteur privé, il est important que le MS fonde toute incitation financière offerte pour encourager le développement du secteur privé sur une solide évaluation de 1) l'impact des arrangements financiers actuels sur le rythme et la direction de la croissance et 2) l'analyse des tendances actuelles pour voir si elles vont dans une direction jugée la plus utile pour le développement général du secteur de la santé.
- En élaborant les politiques d'incitations financières, le MS devrait se prononcer clairement sur les 1) niveaux de la formation sanitaire privée (hôpital, centre de santé, dispensaire) et du type de propriété ou d'orientation financière (à but lucratif ou à but non lucratif) qu'il souhaite le plus encourager et 2) mécanismes (impôts, taxes, subventions)—ou combinaison de mécanismes—qui sont les plus efficaces par rapport aux coûts pour encourager la croissance de ce niveau de formation sanitaire. Si le MS veut maintenir une attitude neutre face à certains types et niveaux de prestataires, il devrait également s'assurer de la "neutralité" des incitations financières que contrôle l'Etat. Si les prestataires privés fournissent déjà, sans incitations financières de l'Etat, des services que le MS tient à encourager, point besoin pour le MS d'en introduire.

  Une fois que le MS aura résolu ces questions au niveau des politiques, on pourra passer aux détails concernant les outils et les incitations spécifiques des politiques financières utilisés à l'encontre des prestataires que le ministère veut encourager, dont peut-être : fourniture de locaux financés par l'Etat avec des locations peu élevées, crédits appuyés par l'Etat pour offrir des prêts aux prestataires sanitaires privés, subventions directes ou incitations fiscales à certains types de prestataires pour des services sanitaires spécifiques pour maintenir une certaine capacité au niveau lits ou personnel, pour des équipements médicaux, des

fournitures, des médicaments ou des vaccins spécifiques ou encore pour ouvrir des établissements dans des régions peu desservies.

- Le MS devrait continuer à évaluer la faisabilité et les éventuels avantages des différentes formes d'assurance-maladie et l'impact possible de ces assurances sur le développement du secteur privé ainsi que sur l'utilisation des services de santé de la part de la population. L'expérience dans le reste du monde montre que la disponibilité des assurances-maladies a un effet significatif sur la croissance et la viabilité financière des prestataires sanitaires du secteur privé.
- Le MS devrait analyser séparément les incitations financières pouvant être nécessaires pour les prestataires des employeurs opposées à celles convenant à d'autres prestataires du secteur privé. Il convient d'envisager séparément le remboursement par l'employeur des soins de santé et des plans d'assurance-maladie en général.

5.3 IMPACT DU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE SUR LA REFORME DU SECTEUR PUBLIC

Au regard du rôle-clé que joue le secteur privé dans les réformes générales du ministère concernant le secteur de la santé, il est important d'évaluer l'éventuel impact du développement du secteur privé sur la réalisation des buts du MS en vue de renforcer le secteur public. Un secteur privé plus important offre diverses possibilités au secteur public, pouvant avoir des effets positifs et négatifs—voulus et non voulus—sur les buts de la réforme du secteur santé du gouvernement. Les données recueillies dans le cadre de la présente étude brossent le tableau de deux de ces situations.

5.3.1 Concurrence pour les patients dans les secteurs public et privé

Un grand nombre de Ministères de la Santé en Afrique subsaharienne craignent que leurs populations relativement pauvres ne puissent pas payer pour les prix demandés par les prestataires sanitaires privés. Toutefois, les faits montrent de plus en plus que le prix n'est qu'un des facteurs qui affectent la consultation des services de santé en Afrique ou l'utilisation de tel prestataire de services. La perception de la qualité est du moins aussi importante lorsque les gens décident d'aller consulter tel prestataire. Et il existe maints faits en Tanzanie, ainsi que dans d'autres pays en Afrique, montrant que les gens ne se rendront pas dans les services sanitaires publics et se déplaceront plus loin pour consulter des services pour lesquels ils doivent payer s'ils les perçoivent comme étant d'une meilleure qualité. Ce phénomène ne fait que se renforcer lorsque les formations sanitaires publiques commencent à faire payer pour leurs services, à moins qu'elles ne procèdent aux améliorations de qualité nécessaires.

La disponibilité de prestataires privés dont les clients perçoivent les services comme étant de meilleure qualité peuvent attirer des patients du secteur public. Cela bénéficie au secteur public dans la mesure où cela libère des ressources publiques pouvant être consacrées pour servir de manière plus efficace un nombre plus petit de patients mais cela peut également avoir des effets négatifs dans la mesure où cela attire justement les personnes qui sont le plus capables de payer pour les services de santé. Ce dernier effet est particulièrement important dans le contexte du recouvrement des coûts démarré par le MS. Si une majorité importante des patients qui payent quittent le secteur public pour se rendre dans le secteur privé, cela aura un impact significatif sur les recettes provenant du recouvrement des coûts dont le MS a besoin pour améliorer les services du secteur public.

La présente étude constate, faits à l'appui, qu'un tel changement dans le secteur public est en train de commencer mais l'on ne connaît pas l'ampleur de ce changement. Les patients interviewés dans le cadre de la présente étude ont indiqué qu'ils percevaient les services du secteur privé comme étant de meilleure qualité (meilleure disponibilité de médicaments ; "meilleure traitement") que dans les formations sanitaires publiques et, souvent, c'est en fonction de telles perceptions qu'ils iront consulter un prestataire privé à la place d'un prestataire public.

Les données présentées dans cette étude sur les mesures qu'utilisent les patients pour comparer la qualité entre les secteurs public et privé sont mitigées. Par exemple, une des enquêtes a montré que, bien que la disponibilité générale des médicaments soit la même entre les formations publiques et privées de l'échantillon, les patients la percevait comme meilleure dans le secteur privé. Les locaux et les compétences interpersonnelles des praticiens étaient meilleurs dans les cliniques privées. En général, les perceptions du public étaient bien plus favorables concernant les formations privées que les formations publiques. Mais l'étude a montré qu'il fallait procéder à des améliorations significatives dans les compétences de diagnostic et autres mesures de la "qualité technique" dans les formations tant publiques que privées. Cette étude a également constaté que, dans le cadre d'autres enquêtes faites auprès de patients en Tanzanie, la distance et le temps d'attente semblaient être les indicateurs-clés qu'utilise le public pour juger la qualité des services.

Recommandations

- Ces tendances signifient qu'il est particulièrement important pour la réussite du recouvrement des coûts et des efforts visant à renforcer le secteur de la santé public que le MS continue ses efforts tendant à améliorer et à maintenir la qualité des soins dans les formations sanitaires publiques. Ces améliorations devraient se faire sur l'ensemble du secteur public qui, à présent, entre en concurrence avec le secteur privé pour la prestation d'une gamme entière de services curatifs à tous les niveaux de soins dans les hôpitaux, les centres de santé, les dispensaires ainsi que pour la prestation de services préventifs et d'autres services de santé publique hautement prioritaires. Cette concurrence peut être un facteur positif aidant à améliorer la qualité des soins et, partant, l'état de santé.
- En procédant à des améliorations de la qualité dans le secteur public, il est important de donner la priorité aux facteurs qu'utilise la population pour juger la qualité—surtout au regard du recouvrement des coûts. L'expérience sur le plan des services payants dans les formations sanitaires publiques de nombreux pays africains montre que la volonté des gens à payer pour les services de santé et, partant, la réussite du recouvrement des coûts, dépend de la capacité à procéder aux améliorations nécessaires dans la qualité.
- Le MS devra suivre l'impact des paiements pour services sur l'utilisation des services de santé dans les secteurs tant public que privé et coordonner sa stratégie tarifaire pour tenir compte de ces effets sur les ménages à revenus élevés et intermédiaires.
- Il est également important que les paiements pour services dans le secteur public suffisent à fournir des recettes qui, de pair avec le budget du ministère, permettront de procéder aux améliorations souhaitables dans la qualité. Du moins un examen récent de mesures de recouvrement des coûts en Tanzanie montre qu'actuellement les prix ne sont pas assez alignés sur le coût des services et qu'ils ne reflètent pas bien la volonté et la capacité de payer des gens (Venthouse Associates, Inc., 1994).
- Le MS devrait également trouver des moyens pour profiter au mieux de la volonté et de la capacité de la population de payer pour les services de santé du secteur privé pour que, avec le temps, le secteur privé puisse absorber un pourcentage important de patients souffrant de

certaines maladies, surtout ceux ayant besoin de services curatifs secondaires et tertiaires plus chers.

5.3.2 Concurrence pour le personnel de santé dans les secteur public et privé

Un secteur privé élargi peut également attirer un personnel de santé travaillant dans le secteur public car le privé peut offrir de meilleurs salaires. Les interviews faites auprès de prestataires dans le cadre de cette étude indiquent également que les prestataires de services pensent que les gens seront davantage prêts à payer pour des services dans le secteur privé et que, partant, la pratique privée offre encore de meilleures possibilités d'augmentation de revenus.

Cette tendance signifie que le MS devra envisager les questions d'incitations, monétaires et autres pour le travail dans la Fonction publique. Une des solutions que le MS a essayée à cet égard est d'exiger que le personnel médical du secteur public demande la permission de "travailler au noir". Si cet arrangement permet aux employés de la Fonction publique de gagner des revenus supplémentaires, la présente étude a, par contre, constaté que, dans la pratique, cet arrangement prenait plus de temps professionnel que voulu des prestataires du secteur public. L'expérience en Tanzanie et dans d'autres pays d'Afrique indique que le "travail au noir" et l'autorisation d'avoir des services privés dans des hôpitaux publics peut entraîner des résultats mitigés pour le secteur public. Si ce sont là des solutions qui pourraient être raisonnables dans le court terme, il faudra probablement d'autres options dans le long terme.

Il n'entrait pas dans la portée de la présente étude de réunir des informations pouvant aider à résoudre la question des incitations pour le personnel de la Fonction publique. Si cette question est relativement bien reconnue sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, il n'existe pas encore de solutions largement acceptées. La Tanzanie a apporté à sa réforme du secteur de la santé des éléments organisationnels et de gestion pouvant aider à répondre à ce problème.

Recommandation

- Les résultats de la présente étude indiquent qu'il est important de se concentrer sur les incitations pour le personnel, non seulement pour des questions de gestion dont tient déjà compte le plan de réforme du MS, mais également au vu de la concurrence pour le personnel sanitaire public exercée par un secteur privé plus important.

ANNEXES

ANNEXE 1
LISTE DE CONTACTS

- USAID/Dar es Salaam
- Le Ministère de la Santé, dont :
  - Bureau du Secrétaire principal
  - Division des hôpitaux du secteur privé
  - Division des hôpitaux des organismes volontaires
  - Division de la planification
  - Division des services préventifs
  - Registre des pharmacies
  - Registre des soins infirmiers
- Association religieuse (Conseil médical chrétien de la Tanzanie)
- Association médicale de la Tanzanie
- Association dentaire de la Tanzanie
- Université de Dar es Salaam
- Collège des services de santé de l'Université Muhimbili
- Mission de la Banque mondiale à Dar es Salaam
- Organisation de développement à l'étranger
- DANIDA
- Projet de santé urbaine (Institut tropical suisse)
- Conseil de la ville de Dar es Salaam
- Bureau médical régional de Moshi/Arusha
- Président, Organisation de la Croix rouge, région de Kilimandjaro
- Président et Secrétaire exécutif, Secte Bahai, Kilimandjaro
- Président, Secte Holy Leaf, Kilimandjaro

ANNEXE 2
QUESTIONNAIRE DES INTERVIEWS AVEC LES PRESTATAIRES DE SERVICES

BUT DE LA RECHERCHE

- Le but de cette étude est de mieux comprendre les facteurs qui aident ou entravent le développement d'un secteur privé concernant la prestation de services de santé en Tanzanie et au Sénégal. En fonction de l'information collectée et analysée, l'étude espère élaborée des options en matière de politiques.
- Le but de ce questionnaire est de comprendre la manière dont les prestataires privés perçoivent les tendances socioéconomiques et les mesures de l'Etat pouvant influencer le développement du secteur privé. On demander aux prestataires quels sont les facteurs qui les ont poussés à entrer dans le secteur privé, les contraintes de tous les jours et quelles sont leurs idées concernant la croissance du secteur.

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

1. Age

2. Sexe

3. Spécialité

4. Ecole(s)

5. Années de pratique

6. Années dans le secteur privé et le secteur public

7. Nature du cabinet (type de formation) et services fournis. Estimer le pourcentage de services qui sont préventifs ou curatifs (liste de services préventifs offerts)

8. Les laboratoires et les centres de diagnostic privés sont-ils très disponibles dans votre spécialité ? Les utilisez-vous ? Avez-vous besoin de plus de services que vous n'en avez actuellement ?

9. Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans le secteur privé
   [Si le répondant hésite, approfondissez :
   - Financier (meilleure rémunération)
   - Contexte de travail
   - Choix du lieu (rural-urbain, quartier)
   - Qualité des clients (plus riches, plus instruits, etc)
   - Pas d'emploi dans la Fonction publique
   - De meilleures heures (plus de contrôle)]

10. Je vais lire une liste d'étapes que doit suivre un médecin qui veut ouvrir son cabinet. J'aimerai savoir si vous avez eu du mal à ces diverses étapes et j'aimerai également savoir si vous pensez que cette difficulté a changé depuis.

10A ▲ Patente et certification pour exercer la médecine (est-ce différent pour les prestataires du secteur public, dans l'affirmative, comment ?)

10B ▲ Attirer les clients.

10C ▲ Obtenir l'autorisation pour la clinique.

10D ▲ Coûts de démarrage (était-il facile d'obtenir les ressources financières des banques ou avez-vous dû chercher des arrangements personnels informels pour financer les coûts initiaux ?) (Cette situation a-t-elle changé depuis que vous avez démarré ?)

10E ▲ Equipement médical (non financé) (était-il difficile d'acheter ou d'importer l'équipement médical nécessaire pour la pratique ?) (Cette situation a-t-elle changé depuis que vous avez démarré ?)

10F ▲ Achat de médicaments (non financé) (les médicaments étaient-ils disponibles à l'achat ou était-il facile d'importer les fournitures nécessaires ?) (Cette situation a-t-elle changé depuis que vous avez démarré ?)

10G ▲ Y a-t-il eu des encouragements de l'Etat (subventions) ou des désincitations (taxes professionnelles) au moment où vous avez commencé ? (Cette situation a-t-elle changé depuis que vous avez démarré ?)

10H ▲ Y avait-il un contrôle direct ou indirect de l'Etat sur le type de services devant être fournis au moment où vous avez démarré ? (Cette situation a-t-elle changé depuis que vous avez démarré ?)

(a) le contrôle direct peut concerner les restrictions juridiques concernant la prestation de services, l'achat de certains équipements ou médicaments, certains niveaux de prix, etc.

(b) le contrôle indirect peut comprendre l'imposition sur l'équipement ou les médicaments.

OPT. A votre avis, depuis que vous avez commencé ce cabinet, est-il devenu plus difficile de commencer à son compte, les choses n'ont-elles pas changé depuis ou est-ce tout aussi difficile ?

11. Pensez-vous que le gouvernement en général et le Ministère de la Santé en particulier a aidé ou a entravé le développement du secteur privé ? Comment ?

12. A votre avis, est-ce que les facteurs suivants ont aidé ou entravé le développement du secteur privé : (c'est une liste de vérification pour l'enquêteur car un prestataire a déjà pu répondre à certains des points lors des réponses précédentes)

12A ▲ Disponibilité de services publics comparables (dans le domaine général de votre spécialité).

12B ▲ Qualité des services publics (dans le domaine général de votre spécialité).

12C ▲ Prix (en termes réels) des services publics (dessous de table, temps d'attente, déplacements).

12D ▲ Impôts ou subventions sur la prestation privée.

12E ▲ Réglementation de la part du gouvernement

12F ▲ Capacité de payer chez le public

12G ▲ Disponibilité d'assurance privée

13. A votre avis, que pourrait faire le gouvernement pour encourager la prestation de services préventifs par le secteur privé ?

14. A votre avis, que pourrait faire le gouvernement pour encourager l'ouverture de cliniques privées dans les zones rurales et dans les zones urbaines pauvres ?

15. Votre cabinet fait payer pour les services et pourtant les clients vous préfèrent aux services "gratuits". Pourquoi ? (sondez davantage la qualité des soins, les frais de dessous de table dans le secteur public).

ANNEXE 3
DONNEES MACROECONOMIQUES CHOISIES POUR LA TANZANIE

TABLEAU A3-1
BALANCE DES PAIEMENTS
(en millions de dollars américains)

	1988	1989	1990
Balance commerciale			
Exportations marchandises f.o.b.	386,5	415,1	407,8
Importations marchandises f.o.b.	-1 033,0	-1 070,1	-1 186,3
Balance	-646,5	-655,0	778,5
Balance des comptes courants			
Exportations de services	117,4	119,5	135,8
Importations de services	-263,4	-246,6	-245,6
Autres recettes perçues	3,2	3,8	4,3
Autres revenus payés	-207,7	-232,6	-235,5
Transferts privés sans contrepartie (nets)	231,9	182,4	164,5
Transferts publics sans contrepartie (nets)	389,3	469,8	529,0
Balance	-375,8	-358,8	-426,0
Capital (net)	33,9	21,7	126,5
Erreurs et omissions nettes	-42,5	-114,9	133,1
Balance générale	-384,4	-452,0	-166,3

Source : Statistiques financières internationales. Washington, DC : Fonds monétaire international.

TABLEAU A3-2
PRODUIT INTERIEUR BRUT PAR ACTIVITE ECONOMIQUE
(aux coûts des facteurs)

	1987		1988		1989	
	Montant	Pourc.	Montant	Pourc.	Montant	Pourc.
Agriculture, chasse, foresterie et pêche	117 982	58	178 760	59	207 059	56
Activité minière et extraction	645	0,3	723	0,2	1 129	0,3
Activité manufacturière	14 792	7	24 453	8	30 353	8
Electricité, gas et eau	2 963	1	4 103	1	4 831	1
Construction	3 543	2	4 800	2	5 904	2
Commerces, restaurants et hôtels	25 963	13	43 800	14	53 572	15
Transport, stockage et communications	11 815	6	15 621	5	23 345	6
Finances, assurance, immobilier et services commerciaux	11 062	5	14 132	5	20 641	6
Services communautaires, sociaux et personnels	13 291	7	17 163	6	22 437	6
Total partiel*	202 055	99,3	303 555	100,2	369 271	100,3
Moins frais bancaires	6 444	__	12 888	__	18 043	__
Total	195 611	__	290 667	__	351 228	__

* Le total partiel risque de ne pas être égal à 100 pour 100 car les chiffres ont pu être arrondis.
Source : Statistiques des comptes nationaux. New York : Nations Unies

ANNEXE 4

TABLEAU A4-1
DISTRIBUTION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR PROPRIÉTÉ ET RÉGION, STATISTIQUES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993

Région	Population	Hôpitaux				Health Centers			
		Publiques	Volontaire	Parapubliques	Autres	Publiques	Volontaire	Parapubliques	Autres/Privés
Arusha	1,628,765	7	7	-	-	11	-	-	-
Coast	707,877	4	1	1	-	10	-	-	-
DSM	1,720,096	4	6	1	2	4	-	2	-
Dodoma	1,393,660	5	1	-	-	16	1	-	-
Iringa	1,381,171	5	6	2	-	16	-	-	-
Kagera	1,515,150	1	9	1	-	12	-	-	-
Kigoma	981,383	3	2	-	-	10	-	-	1
Kilimanjaro	1,230,105	5	7	1	-	13	3	-	-
Lindi	713,843	4	3	-	-	12	-	-	-
Mara	1,120,134	3	4	-	-	11	-	-	-
Mbeya	1,719,642	5	6	-	-	17	-	-	-
Morogoro	1,390,176	4	4	3	-	16	1	-	-
Mtwara	953,526	3	2	-	-	13	-	-	-
Mwanza	2,135,477	4	7	-	-	26	-	-	-
Rukwa	857,808	2	1	-	-	11	1	-	-
Ruvuma	925,860	2	5	-	-	13	-	-	-
Shinyanga	2,044,914	5	2	-	-	18	-	-	-
Singida	895,864	2	4	-	-	11	1	-	-
Tabora	1,166,762	4	3	-	-	10	1	-	-
Tanga	1,424,198	5	5	-	2	15	-	-	-
Total	**25,906,411**	**77 (44%)**	**85 (49%)**	**9 (5%)**	**4 (2%)**	**265 (96%)**	**8 (2%)**	**2 (1%)**	**1 (1%)**

Source: Ministère de la Santé

TABLEAU A4-2
DISPENSAIRES PAR PROPRIÉTÉ ET DISTRICT,
STATISTIQUES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993

Région	Population	Type de Dispensaire				
		Publique	Volontaire	Parapublique	Autre	Total
Arusha	1,628,765	115	39	18	8	180
Coast	707,877	90	8	15	-	113
DSM	1,720,096	66	27	42	11	146
Dodoma	1,393,660	148	21	3	-	172
Iringa	1,381,171	91	44	4	2	141
Kagera	1,515,150	132	13	-	-	145
Kigoma	981,383	94	14	1	-	109
Kilimanjaro	1,230,105	93	37	5	-	135
Lindi	713,843	88	8	4	-	100
Mara	1,120,134	92	25	4	2	123
Mbeya	1,719,642	149	24	10	3	186
Morogoro	1,390,176	131	38	12	2	183
Mtwara	953,526	99	13	-	-	112
Mwanza	2,135,477	204	24	7	3	238
Rukwa	857,808	73	15	-	-	88
Ruvuma	925,860	93	35	1	-	129
Shinyanga	2,044,914	143	31	2	-	176
Singida	895,864	97	32	-	-	129
Tabora	1,166,762	84	21	1	-	106
Tanga	1,424,198	136	16	46	5	203
Total	**25,906,411**	**2,218**	**485**	**175**	**36**	**2,914**

Source: Ministère de la Santé

TABLEAU A4-3
DISTRIBUTION DES LITS DANS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES DE SANTÉ PAR RÉGION, STATISTIQUES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993

Région	Population	Hôpitaux/Centres de santé				Lits/100,000 personnes			
		Publiques	Volontaire	Parapubliques	Autres	Publiques	Volontaire	Parapubliques	Autres/Privés
Arusha	1,628,765	913	622	-	-	56	38	-	-
Coast	707,877	600	55	141	-	84	8	20	-
DSM	1,720,096	593	30	18	38	34	2	1	2
Dodoma	1,393,660	1,789	250	-	-	128	18	-	-
Iringa	1,381,171	846	909	66	-	61	66	5	-
Kagera	1,515,150	615	1,409	50	-	40	93	3	-
Kigoma	981,383	582	200	-	-	59	20	-	-
Kilimanjaro	1,230,105	1,074	1,128	91	1	87	92	7	0.1
Lindi	713,843	686	294	-	-	96	41	-	-
Mara	1,120,134	638	386	-	-	56	34	-	-
Mbeya	1,719,642	942	712	-	-	54	41	-	-
Morogoro	1,390,176	917	678	220	-	65	49	16	-
Mtwara	953,526	957	500	-	-	100	52	-	-
Mwanza	2,135,477	1,147	1,720	-	-	53	80	-	-
Rukwa	857,808	664	75	-	-	77	9	-	-
Ruvuma	925,860	502	913	-	-	54	99	-	-
Shinyanga	2,044,914	1,187	350	-	-	58	17	-	-
Singida	895,864	376	320	-	-	41	36	-	-
Tabora	1,166,762	886	436	-	-	75	37	-	-
Tanga	1,424,198	1,309	554	-	72	91	39	-	5
Total	**25,906,411**	**17,223 (58%)**	**11,541 (39%)**	**586 (2%)**	**111 (0.4%)**	**66**	**44**	**2**	**0.4**

Source: Ministère de la Santé

BIBLIOGRAPHIE

Abel-Smith, Brian et Pankaj Rawal. 1992. "Health Sector Financing Study for the Government of Tanzania: First Report, User Charges." Administration pour le développement à l'étranger. (Mars)

_____. 1933a. "Employer's Willingness to Pay: The Case for Compulsory Health Insurance in Tanzania." Administration pour le développement à l'étranger. (Avril)

____. 1993b. "Can the Poor Afford Free Health Services? A Case Study of Tanzania," *Health Policy and Planning 7* (4).

"AIDS Number One Adult Killer in Tanzania," *IPPF Open File.* (Juin 1993)

Banque mondiale. 1989. "Tanzania: Population Health and Nutrition Sector Review." Rapport No. 7495-TA. Washington, DC: Banque mondiale. (Octobre)

___. 1993a. "Aide Memoire, World Bank Sub-Mission to the Donor-Ministry of Health Sector Reform Mission, Tanzania." Washington, DC: Banque mondiale. Avant-projet. (Décembre)

___. 1993b. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

Bennett, Sara. 1992. "Promoting the Private Sector: A Review of Developing Country Trends," *Health Policy and Planning 7* (2).

Berman et Hanson. 1993 "Assessing the Private Sector: Using Non-Government Resources to Strengthen Public Health Goals: Methodological Guidelines." Harvard University, Data for Decision-Making Project. Avant-projet. (Novembre)

Dar es Salaam City Council. 1993, "Non-Governmental Health Facilities in Dar es Salaam." Dar es Salaam Urban Health Project, Project Assistance Unit. Avant-projet.

EDS. 1991-92. Enquête démographique et de santé. République unifiée de Tanzanie.

Forgy, Larry. 1992. "Findings and Recommendations, Sustainability of AIDS Activities in Tanzania." Memo à l'Agence des Etats-Unis pour le développement international/Dar es Salaam. (Août)

Gouvernement de Tanzanie. 1994. *Country Report on Population and Development*. Préparé pour la Conférence internationale sur la population et le développement, le Caire, Egypte, 5-13 septembre 1994.

Ilomo, P., P. Mmbuji et A. Nswilla. "A Study Visit at the Regional and Consultant Hospital: Initial Preparations for the Implementation for User Charges for the Health Care Sector." Ministère de la Santé, Gouvernement de Tanzanie.

International Family Planning Perspectives. 1993. "Between Two Million and Six Million Tanzanians May Die of AIDS over Next 20 Years, World Bank Estimates," *International Family Planning Perspectives* 19:3 (septembre): 115-16.

Kanji, N., G.K. Munishi, P.M. Kilima. 1992. "Quality of Primary Curative Care in Dar-es-Salaam." Dar es Salaam Urban Health Project, Dar es Salaam City Council.

Kitange, H., A.B.M, Swai, G. Masuki, P.M. Kilima, K.G.M.M. Alberti et D.G. McLarty. 1994. "Perinatal Mortality in Rural Tanzania," *World Health Forum* 15: 82-84.

Mahimbo, E.M. 1992. "Cost-Sharing in Health Care, What Does it Mean?" Document de discussion, Conseil médical chrétien de Tanzanie. (Septembre)

Ministère de la Santé. 1991. "Master Plan for the Pharmaceutical Sector 1992-2000." Rapport. Gouvernement de Tanzanie. (Septembre)

Ministère de la Santé. 1993. *Tanzania Health Statistics Abstract* 1. Unité de système d'informations sanitaires, Gouvernement de Tanzanie. (Juin)

Ministère de la Santé. 1994b. "Proposals for Health Sector Reform." République unifiée de Tanzanie. Avant-projet. (Août)

MS. Voir Ministère de la Santé.

Mujinja, P.G.M. et Richard Mabala. 1992. "Charging for Services in Non-Governmental Health Facilities in Tanzania." Rapport technique de l'Initiative de Bamako, numéro de série 7, UNICEF.

Munishi, Gaspar. 1991. "The Development of Essential Drugs Policy and Implications for Self-Reliance in Tanzania," *Journal of Clinical Epidemiology* 44(11).

____. 1993. "Privatization of Health Care: Financing and Access Implications in Tanzania's Health Sector Reform." Document de discussion. Université de Dar es Salaam. (Septembre)

Ngallaba, S., S.H. Kapiga, R. Ruyobya et J.T. Boerma. 1993. *Tanzania Demographic and Health Survey 1991/92*. Dar es Salaam: Bureau des statistiques et Columbia, MD: Macro International Inc. (Juin)

Obonyo, Benson. 1993. "Role of Private Sector in the Provision of Health Services: A Review of Experiences in Eastern and Southern African Countries." USAID/Nairobi. Avant-projet.

PRB. 1994. *World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Sarris, Alexander H. et Rogier Van Den Brink. 1993. *Economic Policy and Household Welfare During Crisis and Adjustment in Tanzania*. New York: New York University Press.

Semali, I.A.J. 1986. "Associations and Healers: Attitudes Towards Collaboration in Tanzania," in *The Professionalisation of African Medicine*, édité par Murray Last et G.L. Chavunduta. Manchester University Press.

Sichona, F.M. 1992. *Population Growth and Family Planning in Tanzania*. Rapport No. 92-05. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center. (Octobre)

USAID. 1990. "The Sustainability of U.S.-Supported Health, Population and Nutrition Programs in Tanzania: 1971-1988." Washington, DC: USAID. (Septembre)

Vethouse Associates, Inc. 1994. "Tanzania: Cost Sharing in Education, Health and Water." Washington, DC: USAID. (Juillet)