



UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE  
Faculté de médecine



# Les connaissances disponibles sur les politiques et les programmes d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest

## Bénin, Burkina Faso, Ghana, Guinée, Mali, Niger et Sénégal

Robert E. (emilie.robert.3@umontreal.ca), Queuille L., Ridde V., Kafando Y.

*Cette note est une synthèse du rapport « État des lieux des connaissances disponibles sur les politiques et les programmes d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Ghana, Guinée, Mali, Niger et Sénégal ». Ce document, ainsi que le rapport, sont disponibles sur les sites de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>), de la communauté de pratique « Accès financier aux services de santé » (<http://www.hha-online.org/hso/financing/knowledge>) et de l'ONG HELP ([www.help-ev.de](http://www.help-ev.de)).*

### Messages clés

- ➔ Il faudrait davantage documenter les politiques d'exemption au Bénin, en Guinée et au Mali.
- ➔ Les politiques de type universel et qui concernent les interventions verticales, telles que le traitement VIH ou antipaludéen, mériteraient d'être mieux documentées.
- ➔ Les stratégies de suivi/évaluation/coordination, la participation communautaire et la prise en charge des patients et des références sont les aspects les moins documentés des stratégies de mise en œuvre.
- ➔ La relation soignant/usager, la satisfaction des usagers et leurs perceptions des effets de l'exemption, et les stratégies d'adaptation du personnel de santé sont les aspects les moins documentés des attitudes des acteurs.
- ➔ L'utilisation des services de santé modernes est l'aspect le plus documenté des effets.

## CONTEXTE

Les interventions visant à rendre les soins gratuits au point de service apparaissent comme un moyen de réduire la barrière financière à l'accès aux soins. Un consortium d'organisations non gouvernementales et de partenaires gouvernementaux œuvrant dans sept pays d'Afrique de l'Ouest a été établi afin de capitaliser les expériences de politiques et de programmes d'exemption du paiement des soins. Afin que les connaissances produites soient utiles, une revue de la littérature grise et scientifique publiée jusqu'en 2009 inclus (14 publications scientifiques et 19 rapports) a été réalisée pour orienter le choix des thèmes de capitalisation des équipes pays.

## CADRE D'ANALYSE

Cette étude visait à identifier les lacunes des connaissances dans trois domaines :

- 1) Stratégies de mise en œuvre : gestion (S1), communication (S2), suivi/évaluation/coordination (S3), participation communautaire (S4), prise en charge et référence du patient (S5) ;
- 2) Attitudes des acteurs : motivation et satisfaction du personnel (MC1), relation soignant/usager (MC2), satisfaction des bénéficiaires (MC3), perception des bénéficiaires sur la santé et sur l'accès financier aux soins (MC4), adaptation du personnel de santé (MC5) ;
- 3) Effets : incidence sur les dépenses catastrophiques de santé (E1), recours aux soins (E2), utilisation des services de santé modernes (E3) et non-modernes (E4), qualité des services (E5).



## RÉSULTATS

Les résultats sont présentés dans les encadrés et les tableaux suivants :

### Stratégies de mise en œuvre

#### Politiques nationales

##### *Stratégies de gestion*

Le mode de financement majoritairement utilisé est le remboursement (forfaitaire ou au réel). Le problème majeur est le délai des remboursements. Le Ghana a mis en place une prime de motivation pour compenser la charge de travail.

##### *Stratégies de communication*

Il existe un déficit de communication et des difficultés de compréhension des politiques. Des campagnes d'information ont parfois été organisées pour les usagers, et les messages diffusés par divers media, avec un succès mitigé.

##### *Stratégies de suivi / évaluation / coordination*

Le Burkina Faso, le Niger et le Sénégal ont mis en place des organes chargés d'assurer le suivi de la politique mais il y a eu des difficultés dans l'élaboration et la mise en place des outils nécessaires au suivi. Les activités de suivi et supervision sont rarement menées et le contrôle des factures et demandes de remboursement est rare.

##### *Participation communautaire*

Au Burkina Faso, Niger et Sénégal, les comités de gestion ont été impliqués (gestion administrative, gestion des médicaments et diffusion de l'information).

##### *Prise en charge des patients et référence*

Il est peu fait état des bonnes pratiques. L'accent est mis sur les imprécisions concernant certains éléments des politiques.

#### Programmes d'ONG

##### *Stratégies de gestion*

La plupart des ONG intervient comme tiers payeur. Certaines distribuent des médicaments et/ou du matériel. Certaines ONG ont axé leur accompagnement sur les ressources humaines : primes de motivation, paiement des salaires non pris en charge par l'Etat et mise à disposition de personnel supplémentaire.

##### *Stratégies de communication*

Des formations du personnel ont été mises en place par certaines ONG. Au niveau de la population, des campagnes d'information ont eu lieu, via les relais communautaires.

##### *Stratégies de suivi / évaluation / coordination*

Les procédures de contrôle de TDH (Burkina Faso) sont difficilement acceptées par le personnel public qui les assimile à des visites de supervision déjà réalisées par ailleurs. L'espacement des visites de contrôle induit un faible suivi des recommandations et rend difficile la détection de situations irrégulières. Au Burkina Faso (MSF), toutes les personnes interrogées n'ont pas été traitées gratuitement.

##### *Participation communautaire*

HELP (Burkina Faso) et MSF (Mali) ont impliqué les comités de gestion pour le remboursement des frais. Ils n'ont pas été impliqués dans la gestion des médicaments au Niger (HELP), déléguée au personnel, créant du mécontentement.

##### *Prise en charge des patients et référence*

Plusieurs expériences évoquent le soutien apporté en cas de référence ou d'évacuations.

### Attitudes des acteurs

#### Politiques nationales

##### *Motivation / satisfaction du personnel de santé*

Le personnel de santé apprécie les politiques d'exemption. On note parfois une faible motivation peut-être due à une surcharge de travail ressentie par les soignants.

##### *Relation soignant / usager*

Au Ghana, il semble que la relation soignant / usager se soit améliorée au début, mais elle se serait dégradée ensuite du fait de l'absence de fonds. Au Sénégal, le manque de clarté de la politique d'exemption des SONU, associé aux multiples ruptures de stock, aurait contribué à dégrader cette relation.

#### Programmes d'ONG

##### *Motivation / satisfaction du personnel de santé*

Le personnel de santé estime que la charge de travail a augmenté. Concernant la satisfaction, les perceptions sont variées au Niger : positive, opposition, inquiétudes sur la pérennité.

##### *Relation soignant / usager*

Les expériences de HELP (Burkina Faso), et de MDM et HELP (Niger) montrent l'existence de tensions entre usagers et soignants qui estiment que certaines mères abusent de la gratuité.



## Attitudes des acteurs

### Politiques nationales

#### *Satisfaction des usagers*

Les bénéficiaires au Burkina Faso, Niger, Mali et Ghana sont satisfaits de la gratuité. Certains se plaignent du retour des paiements directs au Ghana, et critiquent la mauvaise gestion et les prescriptions douteuses du personnel.

#### *Perception des usagers de l'effet des politiques*

Cet aspect n'est pas développé dans la littérature.

#### *Adaptation du personnel de santé*

Au Sénégal, au Niger et au Mali, certaines formations sanitaires auraient rétabli les paiements pour les services gratuits, tandis que d'autres auraient augmenté le coût des services payants, pour compenser les pertes financières découlant de la politique.

### Programmes d'ONG

#### *Satisfaction des usagers*

Les usagers seraient parfois insatisfaits du fait des pratiques perçues de rationnement des médicaments et du mépris témoigné par le personnel de santé.

#### *Perception des usagers de l'effet des politiques*

L'expérience de HELP (Niger) montre que les bénéficiaires ont le sentiment que les coûts des soins ont diminué, et que l'ensemble du foyer en profite, tout en reconnaissant l'existence d'autres coûts.

#### *Adaptation du personnel de santé*

Au Niger, la nécessité de compenser la perte de revenus liée à la mise en place de services gratuits a pu inciter le personnel à instaurer de nouveaux coûts, à réintroduire le paiement pour les services gratuits, à faire payer aux patients les médicaments et consommables gratuits, etc.

## Effets des interventions

### Politiques nationales

#### *Incidence sur les dépenses catastrophiques de santé*

Au Sénégal (SONU), il n'y aurait pas de réduction des coûts car les formations sanitaires continueraient de faire payer certains services. Les autres services et les médicaments non gratuits auraient vu leurs coûts augmenter. Au Ghana, le coût des accouchements et césariennes, ainsi que les dépenses totales des ménages liées à l'accouchement, ont diminué. L'incidence des dépenses catastrophiques semble avoir diminué.

#### *Recours aux soins*

Au Ghana, la fréquentation des services semble moins tardive pour les femmes qui présentent des complications. Au Sénégal, il semblerait que la prise de décision pour recourir aux soins soit plus rapide.

#### *Utilisation des services de santé modernes*

La tendance générale est à la hausse de l'utilisation des services de santé. Au Ghana et au Burkina Faso, les populations vulnérables seraient favorisées. Mais ces résultats sont hétérogènes.

#### *Utilisation des services de santé non modernes*

Au Ghana, les accouchements assistés par les accoucheuses traditionnelles ont baissé. Au Sénégal, les patientes ont toujours recours à ces accoucheuses lorsque la formation sanitaire est trop éloignée.

#### *Qualité des services*

Les expériences du Ghana, Mali et Sénégal sont variées et les perceptions rapportées sur l'évolution de la qualité sont différentes.

### Programmes d'ONG

#### *Incidence sur les dépenses catastrophiques de santé*

L'expérience de MSF (Burkina Faso) montre que plusieurs patients se sont trouvés dans l'obligation de payer les médicaments au début de l'intervention, probablement du fait des ruptures de stock. Celle de HELP indique que le nombre de personnes ayant déclaré ne plus payer pour les accouchements aurait augmenté.

#### *Recours aux soins*

Au Niger et au Burkina Faso, les personnes interrogées ont le sentiment que les usagers se rendent aux centres de santé plus précocement.

#### *Utilisation des services de santé modernes*

Les expériences des ONG semblent concluantes sur l'utilisation des services.

#### *Utilisation des services de santé non modernes*

Aucune information n'est disponible sur cet aspect.

#### *Qualité des services*

L'expérience de HELP indique que la qualité des prescriptions médicales pour les moins de 5 ans s'est maintenue.



Les tableaux 1 et 2 montrent quelle est l'étendue des connaissances pour chacun des éléments analysés (stratégies de mise en œuvre, attitudes des acteurs et effets). Le premier tableau concerne les politiques nationales d'exemption des paiements des soins par pays, et le deuxième les programmes d'exemption mis en place par des ONG.

**Tableau 1 : Panorama des connaissances disponibles sur les politiques nationales d'exemption des paiements des soins selon les différents éléments du cadre d'analyse.**

	Stratégies de mise en œuvre					Attitudes des acteurs					Effets				
	S1	S2	S3	S4	S5	MC1	MC2	MC3	MC4	MC5	E1	E2	E3	E4	E5
<b>Politiques nationales d'exemption</b>															
<b>Bénin</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Burkina SONU</b>	xxx	xxx	xxx	x	xx	xx	-	xxx	-	xxx	x	-	xx	-	-
<b>Ghana Accouchements</b>	xxx	xx	xx	-	-	x	x	x	-	-	xxx	x	xxx	x	xx
<b>Guinée</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Mali Césariennes</b>	x	xx	x	-	x	x	x	x	-	x	-	-	x	-	x
<b>Mali Paludisme</b>	x	xx	x	-	x	x	x	x	-	x	-	-	x	-	x
<b>Mali VIH</b>	x	xx	x	-	x	x	x	x	-	x	-	-	x	-	x
<b>Niger CPN / &lt; 5 ans</b>	xxx	x	x	x	-	x	-	x	-	x	-	-	xxx	-	-
<b>Sénégal SONU</b>	xxx	xxx	xx	x	x	xx	x	-	-	xx	x	x	xxx	x	x
<b>Sénégal Sésame</b>	xx	x	x	-	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-
<b>Sénégal VIH</b>	xx	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Note : Le signe « x » dénote la présence plus ou moins grande de connaissances disponibles dans la littérature. Le signe « - » dénote l'absence de connaissance.

**Tableau 2 : Panorama des connaissances disponibles sur les programmes d'exemption des paiements des soins mis en place par des ONG selon les différents éléments du cadre d'analyse.**

	Stratégies de mise en oeuvre					Attitudes des acteurs					Effets				
	S1	S2	S3	S4	S5	MC1	MC2	MC3	MC4	MC5	E1	E2	E3	E4	E5
<b>Interventions d'ONG</b>															
<b>MSF Burkina Faso</b>	x	x	x	-	x	x	-	-	-	x	x	x	x	-	-
<b>HELP Burkina Faso</b>	xx	x	x	x	x	xx	x	x	-	-	x	x	xxx	-	x
<b>TDH Burkina Faso</b>	x	-	xx	-	x	x	-	x	-	-	-	-	x	-	-
<b>MSF Mali</b>	xxx	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	xxx	-	x
<b>MDM Niger</b>	xxx	xx	x	x	x	xx	x	xx	-	xx	-	x	x	-	-
<b>HELP Niger</b>	xx	xx	x	x	x	xxx	x	xx	x	xx	-	x	x	-	-

D'autres publications concernant les processus et les résultats de ce projet régional de capitalisation d'expériences d'exemption du paiement des soins sont prévues et seront disponibles sur les sites mentionnés en page 1.