



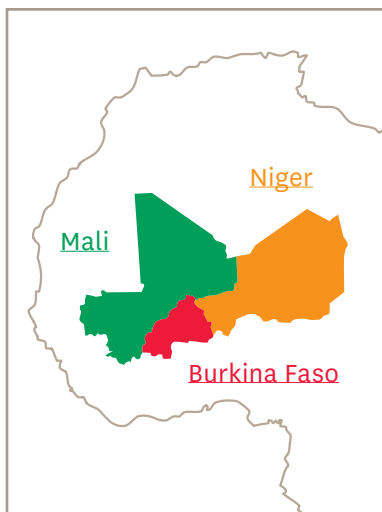
Les politiques
de suppression et
de subvention du
paiement des soins
au **Burkina Faso**,
Mali et **Niger**

SYNTHÈSE DE RECHERCHES

CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE

Université 
de Montréal

LASDEL 
Laboratoire d'Études et de
Recherches sur les Dynamiques
Sociales et le Développement Local



SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS DANS L'OUVRAGE

AFD	Agence Française de Développement	MDM-F	Médecins du Monde-France
AMO	Assurance maladie obligatoire	MEF	Ministère de l'économie et des finances
ARV	Traitement antirétroviraux	MEG	Médicaments essentiels génériques
ASACO	Association de santé communautaire	MILDA	Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action
ASC	Agent de santé communautaire	MSP	Ministère de la santé publique
BCEAO	Banque centrale des états de l'Afrique de l'Ouest	OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
BM	Banque mondiale	ONG	Organisation non gouvernementale
CAMEG	Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques	ONPPC	Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
CD4	Cluster de différenciation 4	PECADO	Prise en charge à domicile du paludisme
CHR	Centre hospitalier régional	PEV	Programme élargi de Vaccination
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale	PF	Planification familiale
CN	Consultation nourrisson	PMI	Presidential Malaria Initiative
CPN	Consultation prénatale	PNDS	Plan national de développement sanitaire
CS	Case de santé	PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
CSCOM	Centre de santé communautaire	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
CSI	Centre de santé intégré	PPM	Pharmacie populaire du Mali
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale	PPTE	Pays pauvres très endettés
CSREF	Centre de santé de référence	PSN	Politique sanitaire nationale
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine	PTF	Partenaire technique et financier
DNS	Direction nationale de la santé	PVD	Pays en voie de développement
DRSP	Directions régionales de la santé publique	PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
DS	District sanitaire	RAMED	Régime d'assistance médicale
DSF	Direction de la santé de la famille	RC	Recouvrement des coûts
ECD	Équipe cadre de district	SDADME	Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels
FM	Fonds mondial de la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	SIS	Système d'information sanitaire
FMI	Fonds monétaire international	SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgences
FS	Formation sanitaire	SP/CNLS	Le secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le sida
HN	Hôpitaux nationaux	SSP	Soins de santé primaires
HD	Hôpital de district	TB	Tuberculose
IB	Initiative de Bamako	TDR	Test diagnostique rapide
ICP	Infirmier chef de poste	WISN	Workload Indicators of Staffing Need
IDH	Indice de développement humain		
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie		
IO	Infections opportunistes		

COORDINATION DE L'OUVRAGE

Ridde Valéry (valery.ridde@umontreal.ca)
 Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM) et Département de médecine sociale et préventive, Canada

Olivier de Sardan Jean-Pierre

(olivierdesardan@lasdel.net)
 Chercheur au LASDEL, Niamey, Niger
 Directeur de recherche émérite au CNRS, directeur d'études à l'EHESS

CONCEPTION GRAPHIQUE

Samarkand (www.creation-samarkand.com)

PHOTOS

Pages 1, 20, 27 : Aline Philibert
 Pages 5 et 11 : Yamba Kafando
 Page 7 : Etienne Langlois
 Pages 15, 16, 17, 23, 24 : Daniel Campeau
 Pages 29, 30, 31, 36, 38 : Kristina Rauland-Yambré

FINANCEMENT

Centre de recherche en développement international (CRDI) du Canada
 Agence française de développement (AFD), France

COMMENT CITER CET OUVRAGE

Ridde V. et Olivier de Sardan J-P. (eds.) : *Les politiques de suppression et de subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger* Montréal : CRCHUM/LASDEL; 2012, 44 p.

DISPONIBLE GRATUITEMENT SUR INTERNET

Cet ouvrage est téléchargeable gratuitement sur les sites de l'université de Montréal (www.vesa-tc.umontreal.ca) et du LASDEL (www.lasdel.net).



INTRODUCTION

V. Ridde et J-P Olivier de Sardan

Cette brochure présente une synthèse des principaux résultats d'un programme de recherches entreprises entre 2009 et 2012 concernant les politiques d'exemption du paiement des soins récemment déployées au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

DU PAIEMENT À LA GRATUITÉ DES SOINS : UN PAS VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE

« *User fees should be scrapped* »

The Lancet, 8 Sept 2012

Le 8 septembre 2012, la très influente revue médicale The Lancet, a réclamé que le paiement des soins qui est demandé aux patients lorsqu'ils se rendent dans une formation sanitaire soit supprimé (The Lancet, 2012). Ceci sonne semble-t-il à terme le glas du recouvrement partiel des coûts au point de délivrance qui s'était généralisé en Afrique à la suite de l'Initiative de Bamako (1987) et qui a régné pendant vingt ans. Désormais, la couverture universelle est l'horizon commun (cf. l'Assemblée Mondiale de la santé de mai 2012 et l'Assemblée générale des Nations Unies du 26 septembre 2012), et elle passe un peu partout par une multiplication des exemptions de paiement et une diversification des financements permettant de supprimer la barrière financière. La réalité de celle-ci a été décrite par divers économistes de la santé depuis longtemps (Evans, Barer, & Stoddart, 1993), et encore récemment (Bates, Glennerster, Gumedé, & Duflo, 2012). En effet, si ces politiques des années 1990 ont permis de restaurer la disponibilité des médicaments dans les centres de santé africains, de nombreux patients n'ont pu y accéder en raison de la barrière financière. Aujourd'hui, les taux d'utilisation des services dans la plupart des pays ayant maintenu le paiement direct sont toujours au même niveau qu'il y a 25 ans lorsque l'UNICEF a fait la promotion de l'Initiative de Bamako. Même les économistes de la Banque Mondiale qui dans les années 1980 incitaient les pays à demander aux patients de payer affirmant aujourd'hui que « *pour de nombreuses personnes pauvres, le paiement direct les a contraint de choisir entre ne pas avoir de services ou faire face à la ruine financière* » (Rodin & De Ferranti, 2012).

De nombreux États africains se sont donc lancés dans les années 2000 dans des politiques nationales de suppression progressive du paiement direct au point de services. L'Union Africaine a par la suite réclamé aux États d'organiser de telles exemptions, notamment pour les femmes enceintes et les

enfants de moins de 5 ans (African Union, 2010). Très vite, l'accès aux soins s'est amplifié, de façon parfois spectaculaire. Ce succès a été abondamment étudié (Lagarde & Palmer, 2011; Meessen et al., 2011). Mais la mise en œuvre de ces exemptions ciblées ne s'est pas faite sans difficultés, sans incohérences, et sans effets pervers. Ces aspects ont été en revanche fort peu analysés, et c'est un des résultats originaux de notre programme de recherche.

UN PROGRAMME DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE EN AFRIQUE DE L'OUEST FRANCOPHONE

Des recherches sur les politiques d'exemption de paiement ont été entreprises à la fin des années 2000, mais essentiellement en Afrique australe, lieu des premières vagues de ces politiques. Sur les 20 études publiées à cette époque sur ce sujet, aucune ne concernait les pays de l'Afrique de l'Ouest francophone (Ridde & Morestin, 2011). Voilà pourquoi il nous a semblé important de réaliser un programme de recherche en vue d'étudier les politiques publiques d'exemption du paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Ces trois pays francophones d'Afrique de l'Ouest ont été choisis car nous y avons des collaborations de recherches préalables, mais surtout parce que leur contexte est relativement semblable (sur le plan sociopolitique et au niveau du système de santé), que leurs politiques d'exemptions sont récentes et que chaque pays a choisi un dispositif différent. Ce programme s'est déroulé entre 2009 et 2012. Il a été financé par le Centre de recherche en développement international (CRDI) au Canada et l'Agence Française de Développement (AFD) en France¹.

Le programme entendait répondre à trois grands blocs de questions de recherche :

- L'émergence des politiques d'exemption: pourquoi ces politiques ont-elles été décidées et par qui ? comment la décision a-t-elle été prise ?
- Leur mise en œuvre : comment se déroulent les politiques sur le terrain ? comment ont réagi les populations, les agents de santé ou les responsables politiques ? quelles sont les forces et les faiblesses de la mise en place ?
- Leurs effets : quels changements perçoivent les populations et les agents de santé à la suite de ces politiques ? quels bénéfices les formations sanitaires ou les populations ont-ils tirés de ces politiques ?

¹ Il a été co-piloté par Valéry Ridde (pour l'Université de Montréal) et Jean-Pierre Olivier de Sardan (pour le LASDEL au Niger)



UNE BROCHURE POUR PARTAGER LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les trois chapitres suivants proposent une synthèse des connaissances produites par le programme dans les trois pays. Chaque chapitre présente le contexte spécifique au pays puis reprend les trois dimensions des politiques publiques étudiées (émergence, mise en œuvre, effets) pour en présenter les données essentielles à retenir. On trouvera des présentations beaucoup plus détaillées et des analyses plus développées dans les rapports de recherche (cf. les deux sites internet suivants : <http://www.lasdel.net>; <http://www.vesa-tc.umontreal.ca>), dans un numéro spécial publié fin 2012 de la revue *Afrique Contemporaine* ainsi que dans un ouvrage à paraître courant 2013 aux Éditions Karthala.

Pour chacun des pays, un résumé est proposé et une liste des principales leçons apprises est suggérée. L'objectif est avant tout de susciter un débat et un vrai processus délibératif entre agents de santé, chercheurs, société civile et responsables de politiques.

En effet, notre équipe de recherche s'est préoccupée dès le début de l'utilisation potentielle des résultats de ses travaux. Nous avons ainsi produit plusieurs notes de synthèses jointes dans le CD-ROM permettant de partager rapidement certains résultats de recherche sans attendre le temps long des publications scientifiques. Un film documentaire sur la politique de gratuité au Niger est aussi disponible dans le CD-ROM. Au Mali en 2011 et au Niger en 2012, les résultats de notre programme ont été un apport important pour les débats et réflexions menés lors de conférences nationales sur les politiques de gratuité des soins. Nous avons également réuni deux fois pendant le cours de la recherche un comité de pilotage composé de représentants des institutions qui finançaient nos travaux, mais où aussi étaient conviés des responsables de santé publique des trois pays, les directeurs des services mettant en œuvre la gratuité, ainsi que des syndicalistes et responsables associatifs. Si notre pratique de recherche est indépendante et rigoureuse, elle n'en reste pas moins préoccupée par sa pertinence sociale et son utilisation par les décideurs et autres acteurs impliqués.

Ces questions génériques ont été spécifiquement adaptées au contexte de chacun des trois pays. Pour y répondre, un groupe de chercheurs de plusieurs disciplines scientifiques a été constitué : socio-anthropologie, politiques publiques, santé publique, épidémiologie, évaluation. Ces chercheurs ont eu recours à des données qualitatives et quantitatives, permettant ainsi une comparaison et une triangulation des informations.

Le programme de recherche a centré ses analyses sur les politiques d'exemption de paiement mises en place dans les années 2000 (Tableau 1), en laissant de côté les anciennes exemptions, comme la tuberculose, la lèpre ou encore les vaccinations².

Burkina Faso	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (2006/2007) Traitement antirétroviraux (2010) Traitement contre le paludisme pour tous (2010)
Mali	Prise en charge du VIH (2004) Césarienne (2005) Traitements contre le paludisme pour femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans (2007)
Niger	Césarienne (2005) Enfants de moins de 5 ans (2006)

Tableau 1 : Politiques publiques d'exemption de paiement étudiées et dates des décisions

² La gratuité du traitement VIH au Niger a été étudiée dans un autre programme (cf. Olivier de Sardan, Diarra & Moumouni, 2006)



LES PRINCIPALES CONCLUSIONS

Au-delà des synthèses proposées pour chaque pays dans les pages suivantes, notre analyse transversale (Olivier de Sardan & Ridde, 2012) rejoint les principales conclusions d'autres travaux concernant ces mêmes politiques pour d'autres pays (Meessen et al., 2011; Ridde, 2012), tout en apportant des éléments nouveaux.

On peut résumer très brièvement nos résultats :

ÉMERGENCE :

- Une forte présidentialisation des politiques
- Une certaine pression internationale
- Un manque flagrant de préparation technique et budgétaire
- Une communication déficiente auprès des usagers et des personnels de santé

MISE EN ŒUVRE :

- De fréquentes ruptures d'intrants ou des retards importants de remboursements
- Une complexité bureaucratique
- Une tendance à la recentralisation
- Des limites incertaines entre prestations gratuites et prestations payantes
- Une opposition larvée de la part du personnel de santé et des comités de gestion
- Un manque de suivi et d'évaluation rigoureux
- L'absence de mesures pour atteindre spécifiquement les plus pauvres

EFFETS :

- Une hausse importante de l'utilisation des services du fait de la suppression de la barrière financière
- La perception par les personnels de santé d'un surcroît de travail important, parfois, mais pas toujours, confirmée par les observations
- Une dégradation parfois de la qualité des soins, qui n'était toutefois pas toujours satisfaisante auparavant

Outre ces tendances générales aux trois pays, des faits marquants spécifiques à chaque pays ont été relevés par nos recherches :

BURKINA FASO :

- Une incohérence de certains choix entre des soins totalement gratuits (ou dans quelques districts) et d'autres subventionnés
- Une réduction des dépenses d'accouchement pour toutes les femmes, y compris les plus pauvres

MALI :

- Une absence de détérioration des finances communautaires par la gratuité des traitements contre le paludisme
- Un effet positif sur l'utilisation des services de la gratuité des traitements contre le paludisme même si les consultations restent payantes

NIGER :

- Une forte décapitalisation des centres de santé causée par les financements insuffisants au plan national

PISTES DE RECHERCHE

Ce programme de recherche a aussi fait émerger de nouveaux questionnements pour des recherches futures:

- *Quels sont les effets sur la qualité des soins de politiques de gratuité dont la mise en œuvre est chaotique ?*
- *Comment les politiques nationales s'articulent-elles avec les initiatives locales d'amélioration de l'accessibilité financière ?*
- *Quels sont les effets des processus délibératifs entre chercheurs et décideurs sur la mise en œuvre des politiques ?*
- *Quels sont les effets du retrait de certains projets pilotes d'ONG sur la pérennité de la gratuité des soins ?*
- *Quelles sont les barrières géographiques qui subsistent dans un contexte d'exemption du paiement ?*
- *Quelles sont les tentatives, et leurs effets, de coordination entre les États et leurs partenaires en ce qui concerne le financement, l'accès et la qualité des soins ?*

RÉFÉRENCES :

African Union. (2010). Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 – 27 July 2010 Kampala, Uganda.

Bates, M.-A., Glennerster, R., Gumedde, K., & Duflo, E. (2012). Pourquoi Payer ? *Field Actions Science Reports [Online], Special Issue 4 | 2012, Online since 31 January 2012, Connection on 03 September 2012*. URL : <http://factsreports.revues.org/1301>

Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. Art. No.: CDO09094. (DOI: 10.1002/14651858.CD009094)

Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning (Supplement 2)*, 26, ii16-ii29

Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A. & Moumouni, A. (2006) La prise en charge des PVIH et l'observance des ARV à Niamey (approche socio-anthropologique), *Etudes et Travaux du LASDEL*, 45

Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Afrique contemporaine*, 243(3), Sous presse

Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11

Rodin, J., & De Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: the third global health transition? *The Lancet*, 380, 861-862

The Lancet. (2012). The struggle for universal health coverage. *The Lancet*, 380, 859





Les politiques de subvention des soins au **Burkina Faso**

**MAURICE YAOGO,
SÉNI KOUANDA
ET VALÉRY RIDDE**



RÉSUMÉ

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nos enquêtes montrent comment des mesures d'exemption peu planifiées ont été introduites et appliquées malgré des incohérences avérées, une impréparation des acteurs et des conditions de l'offre, incomplète et non effective pour certains services, et des ruptures de certains intrants. Les contrastes entre les propos des leaders, des soignants et des usagers sur les mesures d'exemption renseignent sur les effets positifs, sur l'amélioration certaine et de plus équitable de l'accès aux soins des usagers, mais aussi sur l'absence de mécanismes de pérennisation des acquis des politiques souvent ponctuelles. Des études quantitatives ont confirmé ces effets sur la hausse de l'utilisation et permis de montrer que les femmes les plus pauvres ont bénéficié de la subvention du prix des accouchements même si les activités favorisant l'accès aux soins des indigentes ont été oubliées. Enfin, bien que les agents perçoivent une surcharge de travail occasionnée par la hausse de la demande, une étude montre que les ressources humaines disponibles sont encore en mesure de faire face à cette augmentation de la fréquentation sans outrepasser leurs attributions professionnelles.

LEÇONS APPRISES

- L'avènement des exemptions en série des années 2000 qui a bénéficié d'une caution internationale (OMD, Fonds mondial) traduit les limites du système de paiement direct des soins sur l'accès des plus pauvres aux services de santé ;
- malgré l'émergence brusque et non préparée de la plupart des mesures, on s'accorde sur leur bien-fondé sans masquer les difficultés, incohérences ou insuffisances dans l'implantation ;
- les réductions ou suppressions des paiements pour différents services sont limitées (bénéficiaires, durée) mais rendent plus équitables l'accès aux soins des plus pauvres ;
- les acteurs périphériques et les bénéficiaires sont relativement peu informés des mécanismes de mise en œuvre et ne peuvent justifier les incohérences constatées ;
- l'accès aux services exemptés souffre d'une ambiguïté entretenue autour d'une conception morale récusant la gratuité totale ;
- bien que les agents de santé se plaignent de la surcharge de travail, l'analyse montre que l'augmentation de la charge de travail n'est pas une surcharge de travail.





CONTEXTE

Le Burkina Faso est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 274,200 km². Sa population est estimée à 16 millions d'habitants en 2011, avec un taux de croissance de 3,1%. Cette population est caractérisée par sa jeunesse (46,7% ont moins de 15 ans) ainsi que par la proportion élevée des femmes (51,7%). La grande majorité de la population (79,7%) réside en milieu rural et vit de l'agriculture et de l'élevage.

Le revenu national brut *per capita* est de 1 215 USD (Ministère de l'économie et des finances, 2008). Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 43,9% au niveau national. Cependant, il existe des écarts importants de l'indice de pauvreté entre les différentes régions du pays : 17,3% pour la moins pauvre (Centre) et 68,1% pour la plus pauvre (Nord) (INSD, 2010).

La situation sanitaire est caractérisée par une morbidité et une mortalité parmi les plus élevées du monde, en particulier au niveau des groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants. Cette situation est encore plus exacerbée dans les régions sanitaires du Nord et du Centre Nord où les indicateurs de morbidité et de mortalité maternelle et infantile sont parmi les plus élevés du pays.

L'organisation de l'offre publique de soins est assurée à trois niveaux (soins primaires, secondaires et tertiaires). Le premier niveau (district sanitaire) comprend deux échelons de soins : premièrement, le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), structure sanitaire de base du système de santé ; deuxièmement le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui sert de référence pour les formations sanitaires du district. Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence et de recours aux CMA. Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier universitaire, niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés.

Le code de santé publique de 1994 est le texte législatif de référence sur la santé. Il est mis en œuvre depuis 2001 un Plan national de développement sanitaire (PNDS) qui s'inspire des orientations du document de Politique sanitaire nationale (PSN) de 2000. Le second PNDS (2011-2020) vient de démarrer sa mise en œuvre après des États généraux de la santé qui se sont déroulés en 2011.

Après la gratuité totale des soins pendant la période coloniale et postcoloniale (jusqu'aux années 1970), les soins demeurent gratuits seulement pour quelques pathologies ciblées (TB, lèpre, onchocercose) dans le cadre de programmes verticaux. Il en est de même des vaccinations de masse contre les épidémies et du suivi vaccinal des femmes en âge de procréer et des nourrissons. L'accès est également gratuit pour les consultations prénatales et postnatales et les soins préventifs aux femmes enceintes contre le paludisme depuis les années 2000.

LES POLITIQUES PUBLIQUES D'EXEMPTION/ SUBVENTION DU PAIEMENT

Les services pris en compte dans le cadre des différentes initiatives d'exemption sont :

- **Combinaisons à base d'artémisinine (CTA)**

La gratuité était préconisée notamment par la Banque mondiale mais le choix national a été la subvention appliquée en fonction de l'âge. Le prix subventionné des CTA est de 100 FCFA pour les enfants de 2 mois à 5 ans, de 200 FCFA pour les enfants de 6-13 ans et de 300 FCFA pour les adultes.

Il était prévu que le stock à la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG) soit constitué à partir de plusieurs sources de financement (Banque mondiale, USAID, Fonds mondial). En principe, l'État burkinabè n'avait pas à payer pour cette exemption financée de l'extérieur. Mais les perturbations intervenues (utilisation du stock initial pour des besoins de toutes les structures et non seulement de la composante communautaire du Fonds mondial) ont entraîné une série de ruptures dans l'approvisionnement des centres de santé. Il était prévu de reconstituer le stock début 2012 sur fonds propres du budget de l'État.

- **Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA)**

Selon le plan de mise en œuvre diffusé dans les médias, la campagne devait se dérouler en trois étapes : dénombrement des bénéficiaires (août 2010), distribution des MILDA (entre septembre et décembre 2010) suivi du retrait des emballages par souci d'assainissement et contrôle de l'utilisation effective des moustiquaires. Cependant, un écart de près d'un million entre le nombre de MILDA reçu et les résultats du dénombrement des ménages a amené à revoir à la baisse la quantité prévue par ménage. Ainsi, il a été décidé de retirer une moustiquaire sur les bons de plus de deux moustiquaires remis aux ménages lors du recensement préalable.

- **Traitement antirétroviraux (ARV)**

Avant la gratuité totale du prix des ARV (mais pas des examens associés) organisée à partir de 2010, une diminution progressive des prix a été appliquée en passant de près de 300 000 FCFA par mois dans les années 1980-1990 à 5000 FCFA puis à 1500 FCFA en 2009. La gratuité des ARV pour les enfants (2002) a précédé celle des adultes (début 2010). La prise en charge est assurée par des structures publiques (spécifiquement les centres ambulatoires) et les associations et ONG de lutte contre le sida. Les intrants sont fournis aux organismes prestataires sur la base de quotas définis en fonction de critères. Le financement des ARV est assuré essentiellement par les subventions du Fonds Mondial.



LA SUBVENTION DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET NÉONATAUX D'URGENCE (SONU)¹

En 2006, l'État a décidé de subventionner le prix des césariennes, puis en 2007, celui des accouchements par voie basse dans toutes les formations sanitaires. Cette subvention est de l'ordre de 60% à 80% d'un prix estimé par le ministère de la santé selon la place des formations sanitaires dans la pyramide des soins, et les 20% des femmes les plus pauvres devraient être totalement exemptées de paiement. Le prix du transport des centres de santé primaires aux hôpitaux prenant en charge les complications obstétricales a aussi été subventionné, les femmes ne devant rien payer pour ce transport. Cette politique de subvention est totalement financée sur le budget de l'État.

RETOUR SUR L'HISTOIRE

Les deux variantes suivantes se dégagent des grandes étapes de l'histoire de la gratuité au Burkina. D'une part, la gratuité totale pleinement octroyée au début (gratuité coloniale rattachée à l'idée « d'État providence ») et la gratuité « conjoncturelle » d'aujourd'hui. Cette dernière est dictée par l'accent mis actuellement sur l'accès aux soins des plus pauvres et l'équité dans l'offre de soins. Quant aux différentes formes de « participation » imposées dans le cadre du recouvrement des coûts basé sur une tarification des actes, elles représentent encore la pratique dominante, en incluant conjointement des subventions sectorielles. Cela n'exclut pas la gratuité permanente pour certaines pathologies ou services ciblés (grandes endémies, épidémies, vaccinations PEV, consultations prénatales).

1. Nous ne développerons pas ici la politique de subvention des SONU, qui a déjà été étudiée dans d'autres programmes (cf. Sombié et al., 2007, Ridde et al., 2011, De Allegri et al. 2011, De Allegri et al., in press).

ÉMERGENCE

L'émergence des politiques d'exemption diffère selon les services considérés :

- **La subvention des CTA**

La subvention des coûts des CTA a émergé depuis le remplacement du traitement de la chloroquine par les CTA. Il était impératif de subventionner le coût du traitement pour favoriser leur accès aux populations. Cette subvention sera effective grâce au financement acquis au round 7 du Fonds mondial par le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).

- **La distribution gratuite des MILDA**

Cette intervention a été initiée par la Direction de la santé de la famille (DSF) du Ministère de la santé qui a mis les moustiquaires à la disposition des districts des MILDA pour les femmes enceintes qui venaient pour les consultations prénatales. Par la suite, le PNLP a voulu une extension aux enfants de moins de 5 ans. En collaboration avec la Croix Rouge du Canada, la distribution gratuite des MILDA aux enfants de moins de 5 ans devait être effective au cours des campagnes de vaccination. Face au refus du PEV d'élargir cette possibilité aux enfants de moins de 5 ans, la Croix Rouge s'est retirée. Dans le cadre du round 8 du Fonds mondial il a été possible à l'État d'acquérir 8 millions de MILDA pour une distribution à tous les ménages vivant au Burkina.

La gratuité des ARV : pendant longtemps, le SP/CNLS s'est opposé à toute idée de gratuité des ARV avec comme argument central la pérennité de son financement. Les coûts des ARV ont connu une forte baisse à 1500 FCFA le traitement mensuel avant l'introduction de la gratuité. La gratuité était effective pour les indigents, malgré certaines limites documentées (Ridde et al, 2012). Dans la pratique, les PvVIH étaient pour la plupart des personnes pauvres. Dans les formations sanitaires surtout associatives, les médecins ont donc commencé à fournir gratuitement les médicaments. Quelques ONG se sont battues pour la gratuité du traitement ARV. L'OMS a aussi réclamé la gratuité des traitements ARV au Burkina Faso. Un atelier national organisé en 2008 entre chercheurs, décideurs et ONG a permis de mettre la question de la gratuité des ARV en avant (Kouanda, 2008). Cependant, au fil du temps, le Fonds mondial est devenu le principal sinon l'unique bailleur de fonds pour l'achat des ARV. Il a réclamé un plan d'utilisation des ressources générées par la vente des ARV. Finalement, le chef de l'État déclare la gratuité des ARV au cours de son allocution du 31 Décembre 2009



MISE EN ŒUVRE

CTA

Les dotations d'CTA financées antérieurement par la Banque mondiale et d'autres bailleurs de fonds étaient destinées à la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. La gratuité du traitement du paludisme grave était également déjà en place, à tout le moins dans les textes, lorsqu'ont été effectuées les formations des prestataires de soins pour l'utilisation des CTA subventionnés.

Le circuit d'approvisionnement en CTA par la CAMEG a fonctionné normalement avant les actions prévues dans le cadre du round 8 du Fonds mondial en 2010. Face à l'extension de l'offre à l'ensemble de la population avec deux circuits de distribution (structures sanitaires et agents de santé communautaires pour la prise en charge à domicile (PECADO), la CAMEG ne disposait pas d'un stock suffisant. L'utilisation du stock prévu pour la PECADO pour l'ensemble des besoins a été à l'origine de ruptures continues jusqu'en fin 2011. Il s'imposait, selon un spécialiste, de « reconstituer les stocks de la CAMEG et surtout d'avoir un "stock de sécurité" » pour rompre avec la vague de ruptures. L'État a annoncé un financement début 2012 pour satisfaire la demande. L'application de la mesure d'exemption a été faite sans tenir compte de la disponibilité des intrants (médicaments, tests de diagnostic rapide), ce qui a entraîné des adaptations locales, qualifiées par certains agents de santé de « stratégies pour soigner le patient » face aux ruptures de stocks. Ainsi, il a été rapporté le surdosage ou le sous-dosage des comprimés disponibles selon le besoin en fonction de l'âge, l'orientation des malades vers les CSPS voisins disposant des CTA ou vers les ASC dotés dans le cadre de l'initiative PECADO, la prescription d'autres molécules bien plus coûteuses, notamment la quinine.

Des ONG au Burkina Faso ont mis en place dans plusieurs districts depuis 2008 la gratuité des soins au point de service pour les enfants de moins de 5 ans. Ainsi, lorsque la PECADO a été relancée avec l'aide des ASC et la vente subventionnée des CTA, une certaine incohérence a été constatée. Aucune ONG ne semble avoir tenté de s'attaquer à ce problème, pas plus que l'État. L'absence d'intégration dans un dispositif global prévoyant des mécanismes de pérennisation de cette gratuité pour les enfants est évoquée par plusieurs techniciens du ministère de la santé. Ces exemptions « conjoncturelles » semblent perturber l'option de subvention privilégiée par la plupart des acteurs nationaux qui mettent en avant l'argument de la pérennité financière : « *Nous ne sommes pas partants pour une vulgarisation de ces types de démarches ; il faut que nous cernons les contours scientifiques par une étude de faisabilité qui va nous permettre de faire des choix raisonnés, raisonnables, des choix réalistes pour une pérennisation de ces actions* » (décideur de haut niveau du système de santé). Une nouvelle étude sur le passage à l'échelle de la gratuité des enfants de moins de 5 ans a donc été décidée par le ministère de la santé, dont les résultats devraient être disponibles fin 2012.

MOUSTIQUAIRES

La quantité nécessaire de MILDA pour couvrir la moitié de la population en 2010 a été estimée sur la base de calculs effectués par le Ministère de la santé. Or, un décalage a été constaté entre les prévisions et les besoins après dénombrement de la population, obligeant à revoir à la baisse les prévisions (retrait aux bénéficiaires ayant plus de deux MILDA, ce qu'ils n'ont pas tous bien compris).

« Il y avait des difficultés dans ça puisqu'avant on avait dit deux personnes une moustiquaire ; pendant les distributions, on avait dit d'enlever un dans les moustiquaires. Par exemple si c'est deux personnes qui doivent avoir une moustiquaire, on lui donne ça. Si c'est trois personnes, il doit y avoir deux, on donne les deux. Il y avait d'autres qui disent que ce n'est pas vrai, ce n'est pas normal »

Agent de santé communautaire

En dehors des aléas dans la préparation (début tardif du recensement, mauvaise évaluation ou planification des besoins), la mise en œuvre a été faite en partie selon le plan défini concernant le dénombrement et la distribution. Quant au suivi à domicile de l'installation des MILDA et de la récupération des emballages, cette phase d'activité n'a pas été menée à terme selon les chiffres rapportés (moins de 3 millions d'emballages récupérés sur les 8 millions de MILDA distribuées). La question de la « motivation » des volontaires, autrement dit le paiement d'une prime, a été évoquée comme raison principale des difficultés d'exécution de ces activités.

En outre, la campagne de distribution était censée se dérouler avant la période de forte prévalence du paludisme à partir de juillet mais l'approvisionnement sur le marché international confié à un prestataire non spécialiste du domaine a entraîné des retards dans la livraison et le déroulement de la campagne (livraison progressive des dotations par région sanitaire). La coïncidence avec l'organisation des élections présidentielles était source d'ambiguïté sur une possible récupération politique de l'initiative.

ARV

Nous avons constaté que la mise en œuvre de la gratuité des ARV a été effective depuis le 1^{er} janvier 2010 dans toutes les structures de prise en charge médicale des PVVIH couvertes par les enquêtes qualitatives à Bobo-Dioulasso. Tous les enquêtés sont informés et ont une appréciation positive de cette mesure, Mais le maintien du paiement de certains examens biologiques à des coûts élevés reste un facteur limitant sans commune mesure avec la gratuité des consultations, des hospitalisations et des médicaments disponibles en temps normal pour le traitement des infections opportunistes. En effet, les PVVIH doivent payer entre 9000 F CFA et 25000 F CFA pour les examens du bilan pré-thérapeutique. Pour les examens (dosage de CD4) du suivi biologique, les patients doivent payer entre 2500 F CFA et 7500 F CFA selon les structures de prise en charge cités par les informateurs.

Au-delà des examens, il existe d'autres obstacles liés à l'éloignement des centres médicaux, à l'insuffisance d'alimentation des PVVIH, et aux conditions d'accès au traitement ARV dans toutes les structures. Il y a donc un défi majeur à relever dans la marche vers ce qu'il est convenu d'appeler « l'accès universel au traitement ARV ».

Par ailleurs, aucune évaluation des besoins des organisations chargées de l'application de la gratuité des ARV n'a été préalablement faite, d'où les difficultés d'exécution liées en partie en l'absence de directives au début pour la mise en œuvre, et aux capacités intrinsèques insuffisantes de plusieurs organismes publics et privés (insuffisance d'équipement adéquat, pannes, ruptures fréquentes d'intrants ne permettant pas de satisfaire une forte demande en examens biologiques et soins courants).

La réflexion, les informations et la prise en charge pédiatrique sont marginales. Les traitements pour les enfants connaissent les mêmes aléas décrits pour les adultes :

« Je paie les examens alors qu'on a dit à la télé que tout est gratuit ... Comme c'est à la formation sanitaire, des fois ce qu'on a dit à la télé, ce n'est pas ce qu'on fait là-bas. Ils ont dit de nous donner gratuitement, pourtant on paie certains et on ne paie pas d'autres. Même des fois, tu vas là-bas il y a des produits qu'on doit te donner mais on ne te donne pas, on te donne l'ordonnance et te dit d'aller payer. Donc, on ne comprend rien »

Mère d'un enfant suivi dans un centre périphérique

Il y a une adaptation des acteurs et des usagers aux exemptions proposées, malgré les incohérences dans la mise en œuvre et le décalage entre les besoins réels des usagers et l'offre courante de prestations. Par exemple, certaines organisations caritatives offrent la gratuité totale à la différence du secteur public où l'application d'une gratuité partielle limitée aux ARV est plus facilement légitimée (refus d'une gratuité totale par la plupart des décideurs et des prestataires de soins). Par ailleurs, face aux ruptures d'intrants (ARV, autres médicaments contre les infections opportunistes, consommables pour les examens biologiques) et aux pannes d'appareils, les prestataires sont enclins à rechercher des solutions palliatives immédiates auprès d'autres prestataires alors que des changements structurels (organisation, équipement, allocations des ressources), réclamés notamment par la société civile, sont nécessaires pour améliorer l'offre existante en partant des exigences thérapeutiques.



EFFETS

EFFETS PERÇUS LORS DES ENQUÊTES QUALITATIVES

Les effets positifs perçus quant à la gratuité des CTA sont la disponibilité des ressources financières avec l'appui des bailleurs de fonds, l'accès aux médicaments et l'implication des ASC. Les insuffisances relevées par les acteurs concernent l'implantation de la politique avec des prévisions qui se sont révélées trop faibles, et des ruptures continues des médicaments dans les centres de santé. De plus, la subvention ne couvre pas toutes les formes galéniques (sirop). Les effets secondaires des CTA, qualifiés souvent de « fatigue », sont diversement appréciés.

L'implication des Agents de santé communautaire (ASC) dans la prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) pose un certain nombre de problèmes non encore résolus (diminution de la marge bénéficiaire des dépôts sur la vente des CTA, rôle pas toujours accepté des ASC par les Infirmiers chefs de poste (ICP), choix parfois non consensuel par les ICP des ASC impliqués dans les communautés, difficultés avérées de ces agents non qualifiés à diagnostiquer correctement les cas de paludisme et leur gravité, absence de test diagnostique rapide (TDR), etc.). Les insuffisances dans la formation pour cette prise en charge communautaire du paludisme par les CTA et la faible légitimité professionnelle des ASC font partie des difficultés relevées :

« On constate plus de surdosage que l'efficacité parce qu'ils auraient dû former ces gens là plus de trois jours puisqu'ils n'ont pas de formation médicale dans le domaine de la santé »

Infirmier chef de poste (ICP) d'un CSPS rural

Pour la prise en charge du VIH, la gratuité est centrée uniquement sur les ARV, mettant ainsi de côté les examens biologiques, ce qui reste un problème majeur pour les patients. Toutefois, cette gratuité a permis l'accès au traitement pour tous les patients, surtout les plus pauvres, sans passer par des circuits de paiement informels.

EFFETS MESURÉS LORS DES ENQUÊTES QUANTITATIVES

Les connaissances disponibles au Burkina Faso ont évidemment évolué entre le moment de la rédaction de notre programme de recherche et le démarrage de nos activités. Aussi, nous avons souhaité que les études quantitatives soient complémentaires des travaux existants mais choisies aussi en fonction de nos compétences² et de notre accès au terrain de recherche. Elles se sont essentiellement centrées sur les effets de la subvention des SONU et de la gratuité des soins sur la charge de travail du personnel.

2. Il faut également noter que le volet « renforcement des capacités de recherche » de ce programme a permis à plusieurs étudiants du Burkina Faso et du Canada de réaliser leur mémoire ou thèse de doctorat dans le cadre de ces activités.

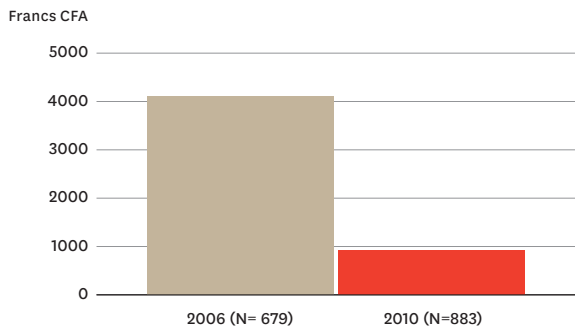


Figure 1 : La réduction des dépenses médicales médianes totales pour un accouchement simple

EFFETS SUR LES DÉPENSES D'ACCOUCHEMENTS

L'étude montre une réduction d'au moins 41% des dépenses en soins obstétricaux pour un accouchement normal (Figure 1) et de 74% pour les dépenses d'un accouchement nécessitant des SONU. Les dépenses totales de l'accouchement sont passés d'une médiane de 7.366 F CFA en 2006 à 4.750 F CFA en 2010 ($p = 0.001$). Cependant, concernant les coûts directs liés à l'accouchement normal dans une formation sanitaire, 50% des ménages du district de Ouargaye déboursent plus de 900 F CFA (montant que la parturiente doit payer normalement selon la politique nationale de subvention). Pour comprendre cet écart entre ce que les femmes déclarent payer et ce qu'elles devraient payer (900 F), nous avons mené une étude qualitative dans le district de Ouargaye. L'étude donne ainsi trois explications possibles : i) la vente d'intrants indispensables aux accouchements mais non prévus dans le kit officiellement reconnu par la politique, ii) des difficultés à comprendre les contours de la politique iii) des prélèvements indus de la part des agents de santé. L'hypothèse de rupture de stocks d'intrants au sein de la formation sanitaire et l'obligation de les acheter à l'extérieur n'a pas été validée par cette étude.

Enfin, l'étude montre que les inégalités d'utilisation des services qui préexistaient avant la politique de subvention ne se sont pas exacerbées après sa mise en œuvre. En revanche, nous avons constaté une distribution progressive (donc équitable) des bénéfices de la politique au regard de la réduction des dépenses médicales. Autrement dit, les femmes pauvres ont été celles qui en ont profité le plus (Figure 2). La plus grande réduction des dépenses médicales excessives a eu lieu pour les femmes vivant dans le quintile des ménages les plus pauvres et habitant à moins de cinq kilomètres d'une formation sanitaire. Bien qu'il était prévu que les 20% des femmes les plus pauvres soient totalement exemptées du paiement, seulement 10% l'ont été dans ce district.

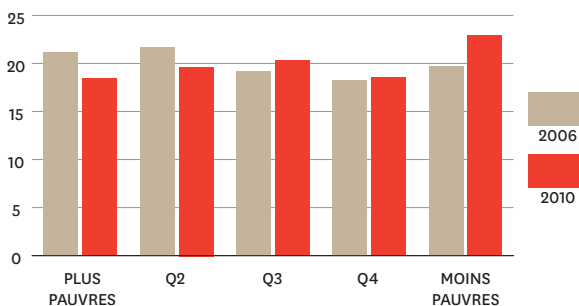


Figure 2 : Distribution des dépenses d'accouchements simples par quintile

EFFETS DE LA GRATUITÉ DES SOINS SUR LA CHARGE DU TRAVAIL DU PERSONNEL DE LA SANTÉ

Dans un contexte de subvention/exemption du paiement des soins, la hausse de la demande qui en résulte est souvent source d'inquiétude sur la charge de travail du personnel de santé. Dans nos enquêtes qualitatives, en effet, de nombreux agents se plaignent d'une surcharge de travail importante. Aussi, nous avons entrepris une étude pour mesurer, au-delà des discours, les effets de la gratuité des soins (pour les enfants et les femmes enceintes) sur la charge de travail du personnel de santé dans un district (DS Dori) où tous les soins sont gratuits depuis quatre ans en comparaison d'un autre district (DS Gorom-Gorom) où les enfants continuent de payer les soins et où les accouchements pour les femmes ne sont subventionnés qu'à hauteur de 80%. Nous avons utilisé la méthode *Workload Indicators of Staffing Need* (WISN) recommandée par l'OMS.

Les agents de santé du district sanitaire de Dori ont affirmé pour la plupart que leur charge de travail était élevée suite à la gratuité des soins. Aucun CSPS dans les deux districts n'a montré une insuffisance en personnel pour faire face à la demande de soins qui a largement augmenté, notamment à Dori. Le WISN ratio (>1) montre qu'il n'y a pas de pression de la charge de travail dans les deux districts.

La gratuité a certes entraîné une augmentation majeure de la charge de travail dans le district sanitaire de Dori, mais les CSPS de l'étude dispose d'un personnel suffisant pour répondre aux besoins actuels du terrain. Ce même constat est fait dans le district sanitaire de Gorom-Gorom où la différence entre le personnel actuel et requis est plus élevée par rapport au district sanitaire de Dori puisque le niveau d'utilisation reste très faible (Figure 3).

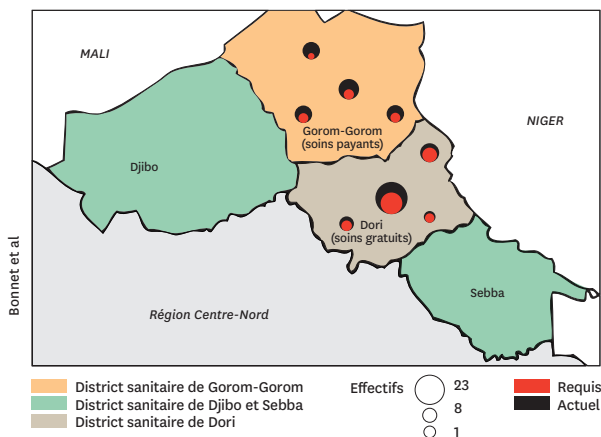


Figure 3 : Comparaison des effectifs actuels et requis dans les districts sanitaires de Dori et Gorom-Gorom

CONCLUSION

Plusieurs exemptions ont été mises en place dans les années 2000 avec un appui extérieur et on se retrouve dans une situation comparable à celle intervenue entre la gratuité totale de la période coloniale et l'introduction du recouvrement des coûts avec l'Initiative de Bamako (1992). En effet, il s'agit de « gratuités à la carte », avec des conditions variables d'émergence, d'implantation et de mise en œuvre et des mécanismes variés de recouvrement des coûts pour les exemptions partielles. Néanmoins, elles ont en commun de faciliter l'accès aux soins des usagers. Ainsi, la subvention des services de santé ciblée pour les enfants, les femmes ou les personnes vivants avec le VIH a permis d'améliorer l'accès aux prestations, notamment par les plus pauvres. Cette augmentation de la fréquentation des services n'a pas entraîné pour le moment une surcharge de travail pour les agents de santé car le Burkina Faso a eu une politique de ressources humaines plus ambitieuse que ses voisins. Toutefois, la mise en œuvre de cette politique comporte des insuffisances liées à l'absence de textes réglementaires ou des insuffisances dans leur application (mauvaise définition des actes gratuits ou non, incompréhension des prestataires, incompréhension des bénéficiaires) et au processus de remboursement des dépôts MEG. Cette situation est souvent liée à une préparation insuffisante de la mise en œuvre de la politique.

PISTES DE RECHERCHE

- Comment les décideurs et les prestataires de soins perçoivent les résultats de la conjonction d'initiatives d'exemption multiformes, peu coordonnées et peu cohérentes ?
- Comment ajuster le fonctionnement du système de santé aux effets négatifs induits par la mauvaise application des exemptions ?
- Quel est l'effet de la subvention sur la qualité des soins ?
- Quels sont les coûts des politiques de gratuité des soins ?
- L'État est-il en mesure de financer les politiques de gratuité des soins ?

LISTE DES ÉTUDES RÉALISÉES AU BURKINA FASO PAR CE PROGRAMME DE RECHERCHE

Bado N., Bado A., Kouanda S., Ridde V., 2011. *Étude comparative (2006-2010) de l'impact de la subvention des accouchements et des sonu sur les dépenses en soins obstétricaux supportés par les ménages de Ouargaye et sur l'équité d'accès aux soins de santé des femmes n'ayant pas accouché dans les formations sanitaires.*

Dabire D., Kagambega A., Yaogo M., Ridde V., 2010, *Emergence et mise en œuvre de la gratuité des ARV dans les districts sanitaires de Dô et Dafra (Bobo-Dioulasso)*, rapport phase 1, Programme Gratuité, Bobo-Dioulasso, 58 p.

Kagambega A., Dabire D., Yaogo M., Ridde V., 2010, *Emergence et mise en place de la gratuité des moustiquaires et de la subvention des ACT dans le district sanitaire de Dafra (Bobo-Dioulasso)*, rapport phase 1, Programme Gratuité, Bobo-Dioulasso, 75 p.

Dabire D., Kagambega A., Yaogo M., Ridde V., 2010. *Mise en œuvre de la subvention des ACT et de la gratuité des MLDA dans deux CSPS ruraux du district sanitaire de Dô (Bobo-Dioulasso)*, rapport phase 2, Programme Gratuité, Bobo-Dioulasso, 67 p.

Ilboudo D., Kouanda S., Meda B., Ridde V., 2012. *Étude des caractéristiques des bénéficiaires des SONU dans le district de Ouargaye*, Rapport, 37 p.

Kagambega A., Dabire D., Yaogo M., 2010. *Mise en œuvre de la subvention des ACT et de la distribution gratuite des MLDA dans deux CSPS ruraux du district sanitaire de Dafra (Bobo-Dioulasso)*, rapport phase 2, Programme Gratuité, Bobo-Dioulasso, 76 p.

Kiendrebeogo J., Kouanda S. Belemsaga / Yugbare D. Ridde V., 2012. *Effets des modalités de remboursement de la subvention des accouchements et du SONU des districts sanitaires de Zorgho et Boussé*, 84 p.

Konate B., Yaogo M., 2011. *La mise en œuvre de la gratuité du traitement de la tuberculose et des ARV pédiatriques au Burkina Faso*, rapport phase 2, Programme Gratuité, AFRICSanté, Bobo-Dioulasso, 40 p.

Ly A., Ridde V et Kouanda S., 2011. *Effets de la gratuite des soins sur la charge de travail du personnel soignant dans quatre cps du district sanitaire de dori-burkina faso*, Mémoire de master professionnel en système de santé, 57 p.

Samb O., et Ridde V., 2012. *Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso*, Revue canadienne de santé publique, Sous presse

Yaogo M., Zerbo R., Ridde V., 2012. *L'histoire de la gratuité des soins de santé au Burkina Faso, rapport de recherche*, Programme Gratuité, AFRICSanté, Bobo-Dioulasso, 50 p.

BIBLIOGRAPHIE

De Allegri M, Ridde V, Louis VR, Sarker M, Tiendrebeogo J, Yé M, Müller O, Jahn A.: *Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study from rural Burkina Faso*. Health Policy 2010, 99: 210-218.

De Allegri M, Ridde V, Louis VR, Sarker M, Tiendrebeogo J, Yé M, Müller O, Jahn A.: *The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity - Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso*. Journal of Public Health Policy; In press.

Kouanda S.: *Accès au traitement antirétroviral: leçons des expériences*. Science et technique, Sciences de la santé 2008, Spécial hors série n°1: 102-116.

Olivier de Sardan J.-P., Ridde V., 2011. *Une synthèse provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger)*, Etudes et travaux, n°89, LASDEL, Niamey, 47 p

Ridde, V., Kouanda S., Bado A., Bado N., and Haddad S., *Reducing the Medical Cost of Deliveries in Burkina Faso Is Good for Everyone, Including the Poor*. PLoS ONE, 2012. 7(3): p. e33082.

Ridde V., Richard F., Bicaba A., Queuille L., Conombo G.: *The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso*. Health Policy Plan 2011, Supplement 2: ii30-ii40.

Ridde V., Somé P.-A., Pirkle CM: *NGO-provided free HIV treatment and services in Burkina Faso: scarcity, therapeutic rationality and unfair process*. International Journal for Equity in Health 2012, 11.

Ridde, V., Zerbo R., Yaogo M., Faye A., and Samb O., *Les deux solitudes: les systèmes de recherche et d'organisation des soins de santé au Burkina Faso à travers l'histoire du paiement des soins par les patients*. Document de travail. 2012, CRCHUM/CNRST/AFRICSanté: Montréal.

Sombié I., Yaogo M., Ouédraogo M., Konaté B., Belemsaga D., Ouédraogo T.: *Évaluation de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina*. Rapport préliminaire. pp. 60. Ouagadougou: Ministère de la Santé, GREFAD; 2007: 60.



Les politiques
d'exemption du
paiement des
soins au **Mali**

LAURENCE TOURÉ

RÉSUMÉ

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Au Mali, les politiques publiques nationales de gratuité des soins sont fortement influencées par des enjeux et des contraintes internationaux. Sur le plan national, les processus de décision sont l'expression d'un régime présidentiel fort et la formulation de ces politiques s'est faite sans consultation réelle des techniciens de la santé. De fait, on constate que le montage est pénalisé par une faible intégration à la réalité du système de santé malien, qui engendre de nombreux dysfonctionnements des mesures de gratuités: gouvernance des fonds, gestion du personnel, faible capacité de contrôle du niveau opérationnel, etc. Pour autant, ces politiques ont eu un impact positif bien documenté sur l'accessibilité des soins, sans détérioration des finances des structures de santé, et notamment celles du premier niveau. Néanmoins, les pratiques parallèles persistent au sein du système de santé. Les agents de santé ont adapté le système pour intégrer la gratuité, mais de façon partielle et en profitant d'opportunités nouvelles qu'elle a créées. Enfin, ces politiques ont aggravé certains dysfonctionnements du système de santé, sur lesquels il est indispensable d'attirer l'attention des chercheurs et des décideurs.

LEÇONS APPRISES

Pour la mise en œuvre de politiques d'exemption de paiement :

- Décentraliser la gestion de la gratuité afin de responsabiliser les acteurs locaux ;
- Privilégier éventuellement le remboursement des intrants et actes à la mise à disposition d'intrants gratuits par le niveau national ;
- Simplifier les contours du paquet de gratuité ;
- Revoir la gestion des ressources humaines : horaires et disponibilité du personnel titulaire, gestion des stagiaires/bénévoles ;
- Accorder une importance égale à la qualité des soins et à l'accessibilité aux soins tout en veillant à l'amélioration de cette qualité ;
- Mettre en place un dispositif de suivi évaluation et de contrôle efficace ;
- Permettre une meilleure information des usagers pour leur permettre d'imposer le respect de la gratuité.





CONTEXTE

Le Mali se veut globalement, depuis 1991, une vitrine de la démocratie en Afrique et un État phare en matière d'efficacité de l'aide, via les principes d'harmonisation des procédures, d'alignement sur les stratégies nationales, d'harmonisation des outils de suivi, de gestion axée sur les résultats et de paquet commun de financement alimenté par les partenaires techniques et financiers. À ce titre, le pays a bénéficié d'appuis financiers importants. Pour autant, il est classé 175^e sur 187 selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du PNUD (2011), et 44% de la population vit toujours en dessous du seuil de pauvreté (ELIM, 2010). Les plans d'ajustement structurel y ont renforcé les inégalités d'accès aux services de base. Le développement communautaire ne profite pas à tous et les systèmes de solidarité perdent en efficacité. Dans ce contexte, la doctrine du développement a évolué, d'une vision systémique où l'ensemble de la population bénéficierait de la croissance nationale, vers des politiques plus tactiques en direction spécifique des pauvres, afin de lutter contre la vulnérabilité et de réduire les inégalités.

CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET ORGANISATION

Le Mali a hérité de la colonisation un système de santé pyramidal et hospitalo-centré, d'une part, et d'autre part organisé autour des types de pathologie, ce qui se traduit par la mise en œuvre de programmes verticaux. Les gouvernements, socialiste puis militaire, ont appliqué une politique de gratuité totale des soins de santé jusqu'au début des années 1990. Les faibles performances du système de soins (faible taux d'utilisation des services, médiocre qualité des soins et surtout indisponibilité des médicaments) ont conduit le pays à amorcer des réformes en profondeur du système de santé :

- Au plan institutionnel, un double mouvement de décentralisation, sectorielle (1990) et institutionnelle (2002) a fait émerger de nouveaux acteurs (associations de santé communautaires, collectivités décentralisées) dans la gestion des formations sanitaires au niveau local. La réforme hospitalière (1992) a donné aux hôpitaux le statut d'établissements publics hospitaliers qui leur confère une certaine autonomie de gestion.
- Au plan financier, la contribution de l'État à la santé a augmenté (8,4% du budget en 2011) et de nouvelles ressources ont été mobilisées avec la politique dite « Initiative de Bamako » qui instaurait le recouvrement partiel des coûts (le paiement direct des soins par les patients) et promouvait une rationalisation de la gestion, de type entrepreneurial.

De fait, et malgré l'amélioration sensible de la couverture sanitaire et la généralisation de l'usage des médicaments génériques, les taux de fréquentation des centres de santé demeurent très faibles. La question de l'accessibilité financière aux soins a été posée dès l'introduction du recouvrement des coûts, mais les dispositions prévues dans le volet équité de l'IB (exemption des indigents) n'ont jamais été appliquées. Les politiques de protection sociale (assurance médicale obligatoire pour les salariés, mutuelles et régime d'assistance médical pour les indigents) ont mal fonctionné et certaines sont toujours en cours de planification.

L'horizon 2015 des OMD, qui a rendu l'accès des populations au système de santé prioritaire, explique l'émergence de la notion de gratuité après l'engouement pour l'IB : les politiques de gratuité deviennent aujourd'hui le levier central d'appui à l'accessibilité aux systèmes de santé dans les PVD.

PRÉSENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE GRATUITÉ

Des exemptions de paiement existaient déjà dans le contexte du recouvrement des coûts, liées à des programmes verticaux largement subventionnés (vaccination) ou concernant des pathologies graves et contagieuses (lèpre, tuberculose).

Les politiques de gratuité mises en place en 2004 pour le sida, en 2005 pour la césarienne et 2007 pour les traitements contre le paludisme ont un caractère national et concernent des pathologies plus courantes et touchant plus de personnes. Elles ont donc plus d'impact sur le fonctionnement ordinaire et quotidien des systèmes de santé.

Pour ces trois mesures de gratuité, l'État a retenu le principe de pré-positionnement d'intrants gratuits. Le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME), réactualisé en 2009 dans une perspective d'intégration des politiques de gratuité (harmonisation des supports de gestion et du circuit d'approvisionnement), a été retenu en vue d'assurer la disponibilité permanente en médicaments, réactifs et consommables médicaux. La pharmacie populaire du Mali joue un rôle central pour l'achat, la réception, le stockage et le transport des intrants jusqu'au niveau régional.

Le système de suivi de la gratuité, parallèle au système d'information sanitaire existant, est lourd et contraignant (comptes-rendus hebdomadaires et mensuels, multiplicité des supports, etc.). Il est assuré par des points focaux choisis dans chaque structure de soins. Pour la gratuité de la césarienne qui, outre le pré-positionnement des intrants, prévoit un remboursement des actes aux formations sanitaires (30 000 FCFA pour une césarienne simple et 42 000 FCFA pour une césarienne compliquée), celles-ci relèvent de procédures complexes pour toute demande de remboursement.

Les contours de ces politiques sont souvent sinueux et quelquefois imprécis, qu'il s'agisse par exemple de la liste des infections opportunistes (pour le VIH) ou des complications post opératoires de la césarienne.

Ces trois politiques se différencient sur quatre points :

- **Le dispositif juridique qui les encadre :**
 - Pour le sida, la loi du 29 juin 2006 révèle une volonté évidente d'officialiser et de standardiser cette politique
 - Pour la césarienne (2005), divers documents normatifs sont produits successivement mais c'est un arrêté ministériel du 3 avril 2009 qui fixe finalement les modalités de remboursement des coûts et explicite l'existence et le contenu des deux kits césarienne.
 - Pour le paludisme, un simple décret d'application (fin 2010) portant gratuité des moyens de prévention et de traitement contre le paludisme encadre cette nouvelle politique.
- **Les sources de financement :**
 - Pour le sida, une dépendance presque exclusive du Fonds mondial, notamment pour l'achat des ARV ; les ressources internes mobilisées ne sont pas négligeables mais baissent régulièrement, de 26% en 2006 à 18% en 2009.
 - Pour la césarienne, le seul budget national, avec un taux d'augmentation annuel moyen de 40% entre 2005 et 2009, soit un budget de 461 millions F CFA en 2004 et de 1,8 milliard en 2009.
 - Pour le paludisme, le Fonds mondial et le Presidential Malaria Initiative (PMI).

Actes gratuits	Sida	Césarienne	Paludisme
Consultation/ acte chirurgical	Consultation	Acte chirurgical	-
Traitement	ARV	Kit césarienne Traitement post op.	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) Kit de paludisme grave
Analyses	Dépistage ; Bilan initial Comptage CD4 ; Charge virale Suivi biologique	Examens préopératoires	Test de dépistage rapide
Prévention	Traitement des IO Substituts lait maternel		Moustiquaire imprégnée SP (sulfadoxine pyrimétamine)
Autres	Accompagnement psychosocial	Hospitalisation Système de référence-évacuation	

- **Les mesures d'accompagnement prévues**

- Pour le sida, elles sont globalement importantes: recrutement de personnel (chargés de suivi, conseillers psychosociaux); mise en place d'un très important programme de formations/voyages d'études, mais variant selon le type de structure de prise en charge: grille de salaire supérieure à celle de la fonction publique pour le personnel employé dans les structures associatives, système de primes pour certaines personnes (pôles d'excellence des hôpitaux, structures associatives)

- Pour la césarienne, aucune mesure d'accompagnement n'est prévue malgré l'augmentation prévisible du volume d'activité dans les formations sanitaires concernées

- Pour le paludisme, des formations ont été organisées concernant le changement de protocole mais la politique n'a été accompagnée ni de recrutement de personnel, ni de dédommagement des Asaco pour compenser les pertes éventuelles liées à l'absence de bénéficiaires sur la vente des médicaments

- **La complexité du dispositif à mettre en œuvre**

- La prise en charge de la gratuité sida est encore peu décentralisée (100 sites de prise en charge fin 2011) et concerne un nombre restreint de malades, même s'il est en constante augmentation (près de 30 000 fin 2011).

- La gratuité de la césarienne concerne un nombre restreint de sites (59 centres de santé de référence (CSREF), 12 hôpitaux régionaux et nationaux et les centres militaires), et représente un volume d'environ 25 000 kits par an. Les kits sont cependant composés de nombreux intrants et requièrent une forte logistique.

- La gratuité du paludisme est particulièrement ambitieuse puisqu'elle concerne la principale cause de consultation au Mali (près de 45%) dans l'ensemble des formations sanitaires publiques et communautaires du pays. De plus, elle s'accompagne d'un changement de protocole thérapeutique qui induit de nouvelles pratiques et bouleverse les habitudes des personnels de santé. Enfin, les intrants gratuits à pré-positionner sont nombreux (Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA), kit palu grave, test diagnostique rapide (TDR)).

ÉMERGENCE

L'émergence de ces trois gratuités a bénéficié d'un environnement international favorable, la gratuité venant *a priori* au secours de l'atteinte des ODM. Au niveau national, chaque politique de gratuité se caractérise par un « facteur déclenchant » spécifique :

- **La mobilisation du tissu associatif pour le sida.**

La conjoncture internationale, la volonté présidentielle de poser un acte fort en matière de lutte contre le sida, l'exemple du Sénégal et la perspective de financements importants (Fonds Mondial) ont créé un contexte suffisamment favorable pour que les associations et la communauté médicale soient entendues et que la gratuité soit généralisée en 2006.

- **La présence de personnes déterminantes pour la césarienne**

Tout autant que le contexte international, ce sont des éléments du contexte national, et notamment l'implication de la première dame et de la ministre de la Santé, qui ont motivé la décision de gratuité en 2005. Les pouvoirs publics maliens ont mis en place la gratuité de la césarienne en espérant en récolter les fruits sur le plan politique et électoral. Les partenaires techniques et financiers (PTF), qui ont soutenu cette politique (plaidoyer), ont souligné le caractère souverain de cette décision, en l'absence de mobilisation internationale ou même nationale importante.

- **L'accès à des financements importants pour le paludisme.**

Les fonds internationaux, qu'ils soient disponibles réellement (PMI, FM, BM) ou potentiellement (FM), ont directement facilité la décision d'instauration de la gratuité en 2007, apportant une réponse à un plaidoyer déjà ancien au Mali.



La décision de chacune des politiques a été prise

- de manière plutôt consensuelle pour la gratuité sida avec concertation de l'État avec la société civile et les PTF
- au plus haut niveau de l'exécutif pour la césarienne, mais sans concertation.
- sous la pression internationale et sans concertation nationale pour le paludisme. Selon un cadre du ministère de la santé, la décision de gratuité constitue

« un cadeau de fin d'année du Président aux femmes et aux enfants lors des vœux de décembre 2006 ».

Ces deux dernières politiques ont été globalement imposées à l'ensemble des acteurs concernés, cadres du ministère de la Santé, techniciens de santé, acteurs communautaires, élus.

Dans tous les cas, ces décisions ont été perçues par les professionnels de santé comme :

- politiques, pour ne pas dire politiciennes
- impromptues, sans préparation ni socle technique, sans études préalables. Un membre du comité de pilotage de la gratuité de la césarienne se souvient :

« On ne nous a pas demandé de réfléchir à la faisabilité mais comment appliquer ».

- introduisant des brèches conséquentes dans le système de recouvrement des coûts
- sans articulation avec les différentes politiques sociales visant une meilleure accessibilité aux soins. On note par exemple la quasi inexistance d'implication des services sociaux et systèmes assurantiels en cours de mise en œuvre (AMO, RAMED, mutuelles), qui n'ont jamais été cités par nos interlocuteurs comme ayant participé à des réflexions collectives sur la gratuité.

Ces politiques de gratuité suscitent avant tout de la part des professionnels de la santé de l'inquiétude, du scepticisme et pour le cas du paludisme surtout, une véritable défiance. La population exprime une réelle satisfaction à l'égard de ces politiques mais également un certain scepticisme concernant la pérennité de telles mesures, tant sur la capacité de l'État à garantir leur application que sur la volonté du personnel de les appliquer dans les formations sanitaires.



MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de ces politiques, notamment vu la complexité des contours, a été précipitée, avec un manque de préparation.

En ce qui concerne l'annonce et la communication, les professionnels de santé chargés d'appliquer ces politiques n'ont pas été informés avant les annonces médiatiques, ce qui a suscité de multiples tensions quand les premiers usagers ont revendiqué leurs droits et se sont vu opposer des refus.

Au plan financier, le démarrage a nécessité beaucoup d'improvisation du niveau local, à qui il était demandé de pallier, sur ses ressources propres, aux éventuels dysfonctionnements de la politique (défauts ou retards d'approvisionnement en intrants gratuits par exemple). Cette impréparation a conforté les professionnels de santé dans l'idée que ces politiques de gratuité étaient des décisions politiques sans réelle volonté de l'État de résoudre durablement ces problèmes de santé publique.

Si les formations sanitaires ont immédiatement appliqué la gratuité de la césarienne, elles ont été bien plus réticentes pour la gratuité le paludisme voire ont refusé de mobiliser leur propre stock en attendant les approvisionnements en intrants gratuits.

Les études sur la mise en œuvre de ces politiques dans trois sites permettent d'établir le bilan suivant, quelques années après leur démarrage. Un certain nombre de constats émergent transversalement aux trois politiques :

- Un manque de communication claire et une diffusion souvent insuffisante de l'information, y compris entre le niveau national et le niveau local concernant la disponibilité d'intrants (stocks ou items disponibles).

- Le dispositif d'approvisionnement est le pilier central de la mise en œuvre des gratuits, mais sa complexité amène de nombreux dysfonctionnements :

- bien que prétendument intégrées dans le SDADME, la gestion et la distribution des intrants gratuits sont organisées de manière parallèle pour des questions organisationnelles, et sur des supports de gestion différents afin de respecter les contraintes spécifiques imposées par les bailleurs respectifs.

- le nombre important d'intrants et les difficultés d'évaluation des besoins imposent une planification et une gestion très rigoureuses ; les comités de quantification des besoins mis en place pour chaque politique ne parviennent pas à éviter le problème récurrent de la péremption de médicaments ou de réactifs.

- les capacités matérielles de gestion de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) ont été renforcées grâce au soutien des bailleurs soutenant les politiques de gratuité ; mais les conditions de transport et de stockage sont toujours problématiques, et les coûts afférents rarement budgétisés ; l'absence de budget de déplacement en périphérie nuit à la réactivité des formations sanitaires pour venir chercher les stocks ; les capacités de stockage, donc de sécurisation des intrants, sont souvent insuffisantes dans les DRS et formations sanitaires.

- on observe une fluctuation constante du paquet d'intrants gratuits disponibles, toujours inférieur aux prévisions en quantité et en nombre d'items, et sans homogénéité d'un site à l'autre, ce qui entraîne la rupture de confiance des patients et des tensions entre le niveau national et les sites.

- le système de kit complique la gestion des approvisionnements et la traçabilité des intrants :

- il est difficile d'établir des kits homogènes adaptés et de quantifier des besoins qui, dans la pratique, sont individualisés

- les intrants (césarienne comme paludisme) arrivent en vrac dans les formations sanitaires, qui doivent reconstituer les kits ; mais les dotations des sites sont discontinues et irrégulières et les kits sont le plus souvent incomplets

- certains intrants des kits césarienne, qui ne sont pas utilisés lors des interventions par les formations sanitaires décentralisées, sont gaspillés sans être ni répertoriés, ni rajoutés de manière documentée aux stocks non gratuits, ni retournés à la PPM.

L'instauration de chaque politique de gratuité a suscité la mise en place de systèmes de suivi évaluation spécifiques, avec l'introduction de quelques indicateurs et le suivi de ces données, parallèlement au système d'information sanitaire (SIS).

- Le personnel concerné par les politiques de gratuité semble globalement mécontent : plaintes concernant l'augmentation de la charge de travail, le manque de primes ou de mesures compensatoires.

De plus, deux tendances apparaissent transversalement :

- Une application paradoxalement moins rigoureuse de ces politiques à Bamako qu'en région. La capitale prend plus de liberté avec les règles, les Cscomy sont plus affranchis des normes et leur gestion est moins rigoureuse (la plupart des Csoms bamakois n'ont pu produire des documents comptables à jour et certains ont refusé de donner des informations).

- Une restriction progressive du périmètre de la gratuité, partout attestée et pour les trois politiques. La responsabilité en est partagée entre le niveau national et local :

- pour le VIH, cette situation dépend clairement du problème de disponibilité et de gestion des financements au niveau national avec la baisse progressive des financements internationaux disponibles et le scandale du FM en 2011 ; pour les deux autres politiques, le niveau national est responsable d'une évolution en dents de scie des approvisionnements

- pour la gratuité de la césarienne et plus encore du paludisme, la restriction du périmètre de la gratuité dépend avant tout des stratégies développées par les acteurs locaux pour compenser ce qu'ils considèrent être comme des manques à gagner, pour eux (paiements informels) ou pour la formation sanitaire ; ils s'autorisent une liberté grandissante compte tenu de la faiblesse et de la superficialité des supervisions, et utilisent notamment les failles du système d'approvisionnement pour faire payer les usagers.

Les études réalisées permettent en outre d'établir un bilan spécifique de la mise en œuvre par politique :

Sida : une gratuité bien acceptée et appliquée par le personnel mais vulnérable du fait de sa trop forte dépendance au financement FM

DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE:

- La décentralisation de la prise en charge est effective avec une augmentation progressive du nombre de sites de prise en charge et du nombre de patients sous ARV
- Le financement de cette politique, pour important qu'il soit, n'est pas extensible. La part croissante consacrée à l'achat d'ARV impose progressivement des restrictions pour d'autres dépenses, jugées secondaires (traitement IO par exemple). Les scandales de mauvaise gouvernance concernant la gestion des fonds alloués au Mali ayant entraîné une interruption du financement depuis décembre 2011, l'État a dû intervenir en urgence pour la prise en charge du volet pharmaceutique. Cette situation a suscité une réflexion générale sur la pérennité de cette politique de gratuité.
- La gestion locale des ruptures de stock d'ARV semble particulièrement efficace : outre les changements de molécule et de schéma thérapeutique, un réseautage efficace permet de mobiliser le réseau associatif parallèlement au réseau public et notamment de faire des échanges entre les différentes structures de prises en charge.
- Les mesures d'accompagnement (prime au personnel par exemple) créent des disparités et sont sources de tensions entre le public et le milieu associatif. Néanmoins, les responsables des centres de prise en charge associatifs envisagent actuellement un rapprochement avec la sphère publique afin de mieux intégrer le dispositif VIH dans le système de santé, ce qui suppose une certaine harmonisation des conditions offertes au personnel et donc une disparition des mesures d'accompagnement.
- Étant donné l'importance du Fonds mondial dans la mise en œuvre de cette politique, les acteurs centraux exercent une pression importante sur le terrain pour que les « rapports de progrès » soient documentés régulièrement.

PAQUET DE GRATUITÉ :

- La disponibilité des ARV étant cruciale, tout est fait pour éviter les ruptures. Le dépistage, les ARV, les consultations médicales, le diagnostic et traitement de la tuberculose sont systématiquement gratuits. Le comptage des CD4 et la charge virale sont gratuits mais ils ne sont pas pratiqués

dans tous les sites de prise en charge. L'application de la gratuité pour certains réactifs et surtout pour le traitement des IO est moins rigoureuse et dépend des financements disponibles au moment de la commande des intrants.

- Le périmètre de gratuité est variable selon le type de site : les sites associatifs proposent généralement à leurs patients un paquet de gratuité plus large et plus constant
- Le périmètre de gratuité se réduit progressivement, sous les effets conjugués de l'augmentation des besoins et de la crise actuelle. Le changement de schéma thérapeutique suite à la rupture de certaines molécules est de plus en plus fréquent, ainsi que le paiement par les patients des ordonnances pour le traitement des IO et l'espacement des bilans de suivi biologique.

Césarienne : une gratuité complexe mais effective qui donne lieu cependant à des ajustements locaux mal étudiés

DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE:

- L'augmentation constante des besoins nuit à la capacité de l'État à assumer financièrement cette politique. Cela se traduit par des retards de remboursements, une diminution des kits et la disparition des kits césarienne grave.
- La PPM est responsable du système d'approvisionnement, donc de la disponibilité des intrants. Les retards systématiques de paiement par le Trésor des commandes de l'État (kits césarienne essentiellement) et le non financement des frais de transport fragilisent la PPM, ce qui entraîne certaines perturbations et des irrégularités d'approvisionnement. Les ruptures sont cependant compensées localement avec le pré-positionnement systématique des intrants des dépôts des formations sanitaires.
- Les indemnités de garde initialement envisagées lors des discussions n'ont finalement pas été incluses dans le paquet gratuité. Certains sites redistribuent parfois une partie du remboursement des actes de césarienne au personnel concerné ou à l'ensemble du personnel. Quelle que soit la solution retenue, le personnel exprime son insatisfaction et revendique un système de primes. Conséquemment, on observe une faible disponibilité et un manque d'implication du personnel qualifié qui se décharge sur des stagiaires ou sur du personnel subalterne.
- Le gaspillage est partout dénoncé : les kits fournis par l'État sont jugés trop fournis et sont sous-utilisés au profit de « kits allégés », le reste des produits n'étant pas réintroduit dans le circuit de la gratuité.

- Cette politique ne donne lieu paradoxalement à aucune supervision, faute de financement. Le suivi est orienté sur la production d'indicateurs et les dossiers de remboursements. Il ne permet pas de rendre compte de la façon dont sont utilisés les kits, ni du gaspillage de leurs intrants.

PAQUET DE GRATUITÉ :

- Cette gratuité est pénalisée par la faible fonctionnalité du système de référence-évacuation : le déplacement au centre de référence reste souvent payant
- Cette gratuité apparaît effectivement appliquée, quel que soit le type de structure, et ce malgré, d'une part, l'augmentation sensible du nombre de césariennes, d'autre part, les efforts demandés de pré-positionnements des intrants et les retard des remboursements. On observe cependant des disparités locales dans l'application de la gratuité, qui s'expliquent par un niveau variable de compréhension et d'acceptation par les responsables locaux.
- Depuis 2011, on assiste partout à une application de plus en plus restrictive de la gratuité, pour les raisons précédemment évoquées, mais également du fait de la frustration grandissante du personnel chargé des césariennes, qui semble prendre certaines libertés. On assiste ainsi aujourd'hui à un paiement presque systématique d'ordonnances pour chaque césarienne et les explications invoquées sont impossibles à vérifier. Les usagers en ont d'ailleurs bien conscience et ne revendiquent même pas l'exemption de paiement.

Paludisme : une gratuité très ambitieuse et mal appropriée par le niveau opérationnel qui tente d'en limiter la portée

DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE :

- Le financement de cette politique, relativement diversifié, a souffert du retrait temporaire du Fonds mondial, pourtant en partie relayé par PMI. La lourdeur de décaissement de certains financements entraîne une disponibilité des intrants très irrégulière.
- Cette politique, particulièrement ambitieuse, nécessite la planification, la quantification et la distribution d'un énorme volume d'intrants dans l'ensemble des formations sanitaires. Cela suppose une organisation sans faille, et une collaboration et une communication entre acteurs, qui aujourd'hui ne sont pas réalisées.

- Cette politique n'a donné lieu à aucune mesure d'accompagnement. Le premier niveau de la pyramide ne supporte pas très bien que l'État, qui s'est largement désengagé du financement des Cscom, impose des mesures qui peuvent nuire à leur équilibre financier. Un dédommagement du préjudice prétendument subi est partout réclamé.
- Cette gratuité impose de nouvelles pratiques, mal acceptées et encore mal suivies, notamment la confirmation biologique du diagnostic. Celle-ci se fait encore trop rarement et lorsqu'elle est pratiquée, des résultats négatifs n'empêchent pas toujours la prescription d'antipaludéens.
- Le dispositif de suivi-évaluation est gêné par le montage institutionnel (le PNLP n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les niveaux opérationnels et dépend de la DNS). Il est en outre brouillé par la mauvaise volonté dont font preuve les formations sanitaires pour remplir les fiches et pour les commandes, tant sur la forme (justesse et précision des informations) que sur le respect des délais.

PAQUET DE GRATUITÉ :

- La gratuité est appliquée selon le rythme des approvisionnements par le niveau national : les nombreuses ruptures d'intrants ne sont pas compensées localement par les formations sanitaires. Les usagers paient les ordonnances et ne savent jamais à l'avance s'ils vont ou non pouvoir bénéficier de cette gratuité.
- Les aléas de l'approvisionnement servent aussi d'alibi aux acteurs locaux pour justifier tout manquement à la gratuité. Les stratégies des acteurs locaux visent en effet à limiter la portée de cette politique :
 - des « oublis » d'appliquer la gratuité ou des initiatives de restriction volontaire de la gratuité
 - une limitation de la gratuité aux heures (6h/24H) et jours ouvrables



LES EFFETS DES POLITIQUES

La qualité des soins est une préoccupation constante des usagers, au moins autant qu'une meilleure accessibilité financière aux soins. Tous les acteurs associent la gratuité à une amélioration sensible de l'accessibilité aux soins mais aussi à une baisse de la qualité de la prise en charge, qui se décline de plusieurs manières :

- Impact négatif sur les conditions de travail du personnel : emploi du temps plus chargé, perte de motivations financières, affectation des actes gratuits au personnel subalterne
- Impact négatif sur les relations usagers/soignants : tensions et conflits, perte de confiance, relations plus difficiles depuis la gratuité

Nos enquêtes montrent que les gratuités révèlent et quelquefois aggravent effectivement les dysfonctionnements préexistants, au détriment de la qualité des soins :

- Le manque d'informations et les contours complexes des paquets de gratuité ont créé de nouveaux « espaces de soupçons » et accentué la méfiance entre patients et soignants.
- La charge de travail supplémentaire (augmentation constante de la file active des personnes sous traitement ARV, de la fréquentation des enfants de moins de 5 ans, du nombre de césariennes) imposée à un personnel faiblement motivé, notamment du fait des barèmes de rémunération, accroît la « défausse » sur les stagiaires et bénévoles.
- Les pratiques de paiements informels n'ont pas été éliminées. Elles resurgissent dès que possible et reprennent progressivement leur place.
- Le dispositif de suivi des politiques de gratuité constitue une charge de travail importante pour le personnel, pour une très faible fiabilité des données collectées et leur sous-utilisation. Ce suivi, orienté sur la production d'indicateurs d'activités et d'intrants et un dispositif de supervision/contrôle superficiel et rarement mis en œuvre, a créé des conditions favorables à l'impunité.

Les abus signalés et constatés dans la gestion des intrants gratuits contribuent à opacifier encore le suivi de ces politiques, avec pour conséquences, aujourd'hui, une incapacité à documenter systématiquement l'application effective des consignes, la prescription des intrants gratuits, et l'ampleur des ruptures, et une impossibilité de situer les responsabilités.

« Rien n'est pris au sérieux ici au Mali, ce qui justifie la négligence, le manque de volonté, le manque de sérieux dans la fourniture de l'ASACO en Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) suffisants et complet. Les superviseurs qui viennent du CSREF pour nous contrôler viennent s'asseoir sous le hangar et remplissent leurs rapports et s'en vont sans des fois voir même les registres qui permettent de justifier le nombre de patients qui ont bénéficié. Nous sommes tous conscients que la politique de gratuité est bonne pour la population mais chaque dirigeant veut profiter et remplir sa poche, c'est dommage. C'est mettre la poudre aux yeux de la population. »

Personnel CSCOM

- La gratuité révèle de manière particulièrement claire la logique entrepreneuriale qui anime les CSCOM et les hôpitaux, avec une tendance claire à en faire des entreprises, plus au service de leurs employés que des usagers. Dans cette logique, les centres doivent dégager des bénéfices, redistribués au personnel pour le fidéliser. Les politiques de gratuité, et notamment celle concernant le paludisme, sont perçues par le personnel comme par les Asaco comme portant atteinte à cette maximisation des profits et de ce fait sont particulièrement décriées.



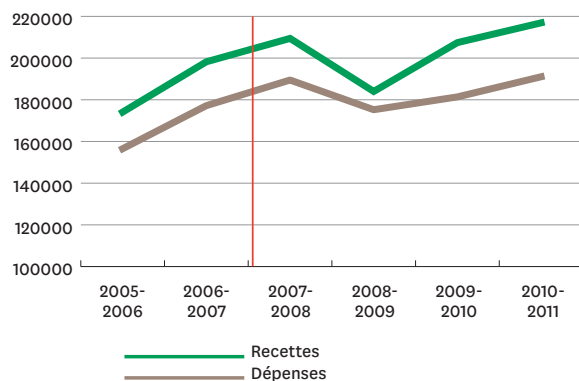
Dans ce contexte, il apparaît ainsi clairement que le paludisme constituait pour les centres de santé une véritable « rente de situation » qu'ils ne souhaitent pas voir disparaître. Dans le cadre de la politique de gratuité, la mise à disposition de tests rapides, l'obligation d'y recourir et le souci de limiter au maximum le coût payé par les publics cibles, s'insère dans un contexte de diagnostic abusif du paludisme et aux de sur-prescriptions auxquelles il donne cours.

« Ici, les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Ar-témisinine (CTA) sont données dans un désordre total. Il suffit qu'une femme se présente avec son enfant, sans attendre les résultats du test ou de la goutte épaisse, on lui donne les CTA. Alors que quelquefois le résultat de la goutte épaisse est négatif. Les produits sont déjà partis et cela augmente la fréquence des ruptures. »

Personnel CSCOM

- Le mode de gestion entrepreneurial représente néanmoins un acquis en matière de gestion des ressources humaines et matérielles. La comparaison de la mise en œuvre des gratuités dans les CSREF, les CSCOM et les hôpitaux montre que certains dysfonctionnements autrefois généralisés (vol de médicaments, absentéisme incontrôlé), ont fortement diminué dans les formations sanitaires disposant d'une gestion autonome, et étant soumises à obligation de résultat. Elle montre également qu'une exception s'installe pour les produits gratuits, objets de toutes les convoitises et gaspillages sur lesquels le contrôle ne s'exerce que très peu et de manière très lâche.

L'exploitation des documents comptables et financiers de 18 CSCOMs de trois districts (Bamako, Kita et Sikasso) montre que la politique de gratuité du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans ne semble pas avoir eu d'effets négatifs sur la capacité financière des CSCOM (Figure 1). Leur trésorerie reste saine et l'activité dégage des bénéfices. La dotation en médicaments pour la prise en charge du paludisme n'a pas réduit significativement les recettes des formations sanitaires. Au contraire, la gratuité a dynamisé la fréquentation des centres et ainsi les recettes de la tarification ou issues de la vente des médicaments.



Sources : Kafando et al. 2012

Figure 1: Évolution des dépenses et des recettes moyennes mensuelles des CSCOM de 2005 à 2011

Par ailleurs, des séries chronologiques de la fréquentation de 98 Cscom de quatre districts où aucune ONG n'intervient (Commune I ; Kita ; Koulikoro ; Sikasso) ont été constituées. Ces données couvrent 4,5 ans avant la gratuité des traitements contre le paludisme et 3,5 ans après son introduction. Pour les consultations des enfants de moins de cinq ans, on constate un effet *immédiat* (+8%) de la politique nationale de gratuité lors de la période de haute transmission palustre (soit de juillet à décembre). De plus, *quatre ans après* la mise en œuvre (2010), on estime que la fréquentation des services lors de la haute transmission palustre a été augmentée en moyenne de 30% (une fois avoir tenu compte des effets spécifiques aux districts, aux semestres, à la tendance naturelle avant la politique et au nombre d'habitants).

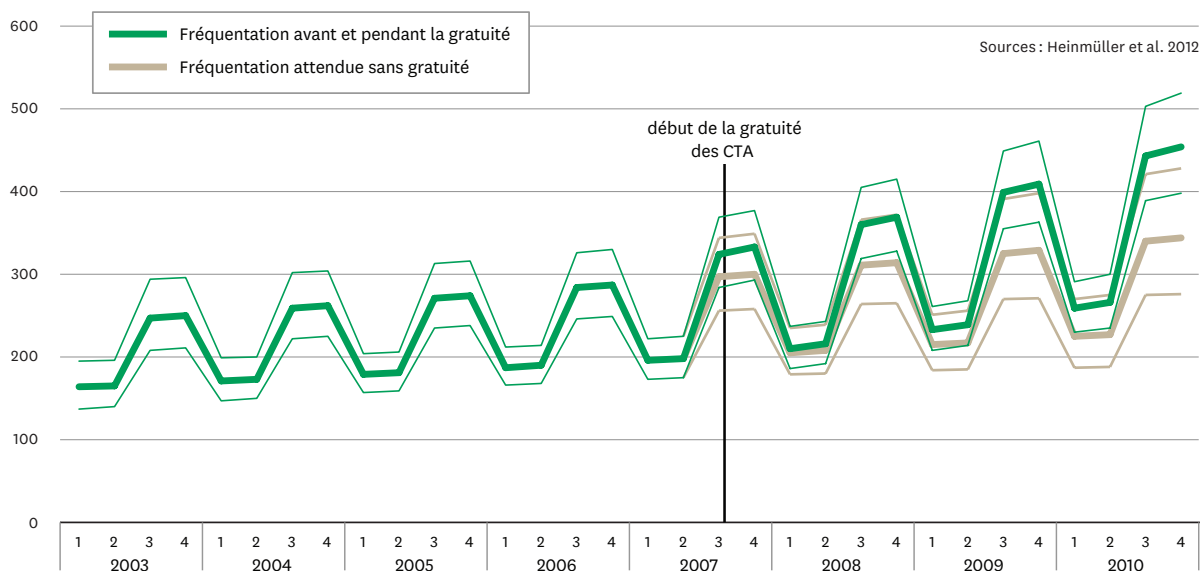
La Figure 2 présente l'évolution du nombre de consultations trimestrielles d'un centre moyen dans les quatre districts. Un modèle statistique permet de comparer l'évolution de ces chiffres tel que cela s'est déroulé réellement avant et après la politique de gratuité (en vert = réalité) avec ce qui se serait passé si les traitements contre le paludisme étaient restés payants pour les enfants (en beige = si paiement). On constate que l'amplitude des hausses spécifiques lors de la haute transmission palustre (trimestres 3 et 4) augmente à la suite de la gratuité. Autrement dit, cela confirme visuellement et statistiquement le constat précédent d'un effet certain lors de ces périodes, ce qui est évidemment essentiel pour prendre en charge les enfants dans la période de l'année la plus critique. La figure montre aussi une tendance vers la hausse à partir de 2008, les intervalles de confiance (95%) de la courbe beige n'incluent plus la moyenne attendue sans la gratuité (courbe beige épaisse). Les courbes représentent le développement dans un *Cscm moyen* des quatre districts étudiés. Elles caractérisent l'essentiel des constats pour une majorité des centres. En revanche, le degré de succès de la politique varie entre les districts et entre les *Cscm* (voir le rapport détaillé).

Le tableau 2 résume les tendances de cette figure et précise les augmentations concernant la fréquentation des centres de santé pour les enfants de moins de 5 ans (de janvier à juin 2007 les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) étaient encore payants).

Année	Nombre	(Intervalle de confiance à 95 %)	% augmentation
2003	1670	(1405 ; 1985)	
2004	1773	(1526 ; 2060)	5.2
2005	1883	(1647 ; 2153)	5.5
2006	1999	(1760 ; 2271)	5.8
2007	2279	(2007 ; 2588)	13.9
2008	2495	(2218 ; 2805)	10.7
2009	2703	(2409 ; 3034)	10.4
2010	2930	(2585 ; 3320)	11.3

Sources : Heinmüller et al. 2012

Tableau 2 : Nombre annuel de consultations d'enfants de 0-4 ans dans un centre moyen des 4 districts du Mali



Sources : Heinmüller et al. 2012

Figure 2: Évolution de consultations d'enfants de 0-4 ans par trimestre et par centre moyen des 4 districts du Mali de 2003 à 2010

Développement de la fréquentation par les enfants de 0-4 ans

La courbe verte épaisse représente le développement de la fréquentation d'un centre moyen des quatre districts. Les courbes vertes minces indiquent les intervalles de confiance à 95%, selon le modèle statistique. Les courbes en beige montrent le développement attendu sans la gratuité des Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA). On constate que l'amplitude des pics lors de la haute transmission palustre (trimestres 3 et 4) augmente, suite à la gratuité. Il y a également une tendance vers la hausse: à partir de 2008, les intervalles de confiance de la courbe beige n'incluent plus la moyenne attendue sans la gratuité (courbe beige épaisse).

CONCLUSIONS

Ces politiques publiques nationales ont nécessité des financements importants qui ont renforcé la dépendance financière vis-à-vis de l'extérieur et imposent le respect des exigences des différents bailleurs. Sur le plan national, les processus de décision de ces politiques sont l'expression d'un régime présidentiel fort, avec une exclusion manifeste du législatif. En outre, elles ont été formulées sans consultation réelle des techniciens de la santé.

- Leur mise en œuvre a été effectuée avec quatre niveaux de contraintes ;
- le facteur temps, puisque ces politiques ont été annoncées avant d'être préparées et organisées ;
- le facteur financier, puisqu'il convenait de trouver et d'adapter le budget après la décision ;
- les (dys)fonctionnements ordinaires du système de santé, que ce soit les questions d'approvisionnement, ou les pratiques des agents de santé, dans lesquelles elles devaient s'intégrer ;
- l'absence de cadre juridique normatif.

Malgré de telles conditionnalités, et avec l'aide des PTF, l'État a mis en place des dispositifs qui permettent aujourd'hui l'application de ces politiques. On constate néanmoins que le montage est pénalisé par une faible intégration à la réalité du système de santé malien, dont certains dysfonctionnements sont la source des problèmes auxquels les gratuités sont aujourd'hui confrontées :

- la gouvernance et l'affectation rationnelle et transparente des fonds alloués par les bailleurs (FM particulièrement) ;
- la capacité du système de santé à supporter, d'une part, et à accepter, d'autre part, les modalités qui permettraient une pleine effectivité de ces politiques, c'est-à-dire la possibilité pour les patients d'être exemptés des soins considérés.



Pour autant, ces politiques ont eu un vérifiable impact positif, dont la dimension la plus saillante est l'amélioration de l'accessibilité des soins, sans détérioration des finances des structures de santé, et notamment celles du premier niveau. Néanmoins, il conviendrait de relativiser ce « succès financier » pour les populations du fait des pratiques parallèles qui persistent au sein du système de santé. Au niveau où la santé est prodiguée, et où la mise en œuvre des gratuités est tangible, les agents de santé ont adapté le système pour intégrer la gratuité et la rendre effective, mais de façon partielle et en profitant d'opportunités nouvelles qu'elle a créées (ex. stocks de médicaments gratuits). Enfin, ces politiques ont quelquefois aggravé les dysfonctionnements du système de santé, sur lesquels il est indispensable d'attirer maintenant l'attention des chercheurs et des décideurs.

PISTES DE RECHERCHE

Il nous paraît intéressant de développer des recherches approfondies sur les thèmes suivants :

- *Les dysfonctionnements des formations sanitaires et notamment la gestion du personnel ;*
- *Les systèmes assuranciers tels que l'AMO et le Ramed.*

LISTE DES ÉTUDES RÉALISÉES AU MALI DANS LE CADRE DE CE PROGRAMME

Le traitement de la question de la gratuité des soins par la presse malienne, 2005 – 2009, F. Escot, 2010

Les politiques de gratuité dans leur contexte. La perception des acteurs maliens. Laurence Touré, Septembre 2010

Émergence, formulation et mise en œuvre au niveau national des politiques d'exemption de paiement des soins de santé au Mali : synthèse du volet institutionnel, Stéphanie Tchiombiano, Yaouaga Félix Koné, Amélie Prévalet, El Hadji M'baye, juin 2012

La mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le cas de Bamako. Laurence Touré avec la participation de Souleymane Koné, assistant de recherche, octobre 2011;

La mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le cas de Sikasso. Youssouf Tiekoura Sanogo, avril 2012;

La mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne. Etude comparative dans 3 sites d'enquête. Laurence Toure, avec la collaboration de S. Koné, Y. T Sanogo, S. Fofana. Mai 2012

La mise en œuvre de l'exemption du paiement des soins de santé à Kangaba. Après médecins sans frontières (MSF), l'alliance malienne de lutte contre le paludisme (AMCP). Yaouaga Félix Kone, Boubacar Sidiky Fofana, juin 2012

La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances des CSCom au Mali, Kafando Y., Touré L., Ridde V. Juillet 2012

Évaluation des effets de la politique de subvention des ACT au niveau de l'utilisation des services chez les enfants de moins de 5 ans, R. Heinmüller, V. Ridde, K. Traoré, I. Traoré et L. Touré, disponible à www.equitesante.org/equite-daccès-aux-soins-en-santé/#rapports

POLICY BRIEF

*Positionnement de la presse vis-à-vis des politiques d'exemption de paiement au Mali et au Niger, note de synthèse rédigée par Fabrice Escot, à partir de deux rapports : *Le traitement de la question de la gratuité des soins par la presse malienne, 2005-2009, F. Escot, 2010* et *La presse du Niger face à la gratuité, A. Ousséini, 2009.**

La perception de la gratuité des soins au Mali, L. Touré et F. Escot



Les politiques d'exemption du paiement des soins au **Niger**

AÏSSA DIARRA

RÉSUMÉ

PRINCIPAUX RÉSULTATS

En 2005, le Niger opta pour une politique d'exemption de paiement des soins de santé qui concerne les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Elle repose sur le mode du tiers payant, qui est l'État. Elle a eu comme effets positifs une nette augmentation de la fréquentation des services, la précocité du diagnostic et une relative autonomie des femmes dans la décision d'emmener les enfants au centre de santé. Mais plusieurs dysfonctionnements ont marqué sa mise en œuvre, le principal problème étant le retard dans les remboursements par l'Etat auprès des formations sanitaires, qui a eu diverses conséquences négatives: la décapitalisation des comités de gestion réduisant leur capacité financière à renouveler leur stock de médicaments, des ruptures fréquentes de stocks menaçant la qualité des soins, l'accentuation des difficultés du système de recouvrement des coûts, et une mise à mal des initiatives locales pour une gratuité des évacuations sanitaires.

LEÇONS APPRIS

La mise en œuvre des mesures d'exemption nécessite :

- *une préparation rigoureuse des acteurs de la mise en œuvre et des usagers des services de santé ;*
- *des garanties budgétaires et des fonds réellement disponibles avant tout engagement de l'État, pour non seulement éviter des ruptures de stocks mais aussi ne pas aggraver la méfiance des populations et des agents de santé envers les autorités publiques ;*
- *des suivis et des contrôles réguliers de proximité dans les formations sanitaires ;*
- *une gestion décentralisée au niveau régional ;*
- *un accompagnement de réformes en profondeur du système de santé, particulièrement en ce qui concerne les ressources humaines, le financement, l'organisation des soins et l'amélioration de la qualité des prestations.*





CONTEXTE

Le Niger est un vaste pays continental fortement enclavé en Afrique dans la zone subsaharienne avec une population estimée à 11 millions d'habitants en 2011. Le pays est très pauvre et les politiques d'ajustement structurel amorcées à la fin des années soixante-dix en suivant les conseils du Fonds Monétaire International (FMI) ont réduit dramatiquement le pouvoir d'achat des citoyens tandis que, parallèlement, l'État s'est vu contraint à diminuer ses dépenses publiques, y compris celles de la santé (Guillaumont & Guillaumont, 1991). Le pays connaît actuellement un gouvernement démocratique, mais il a dû faire face à des suppressions d'aides internationales à la suite des fréquents coups d'État qui ont marqué sa vie politique dans les vingt dernières années. On se rappellera du dernier coup d'État survenu à la fin du dernier mandat du président Tanja en février 2010 lorsque celui-ci a voulu imposer de façon anti-constitutionnelle son maintien au pouvoir. Le Niger se trouvait alors dans un contexte de fragilité de l'appareil d'État, et le retrait des bailleurs internationaux qui a suivi a desservi les institutions nationales. Les indicateurs de santé sont parmi les plus mauvais du monde. La mortalité maternelle est très élevée, soit 648 décès pour 100 000 Naissances Vivantes en 2006 tandis que la mortalité infanto-juvénile avoisine un taux de 198 décès pour 1 000 Naissances Normales (PDS 2011-2015).

Trois grandes orientations politiques ont marqué le système de santé. Premièrement, en 1978 le pays a souscrit à la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP) qui était une vision universelle de la santé pour tous en l'an 2000. Mais cette politique n'a pas donné les résultats escomptés, n'ayant pas été suivie de véritables stratégies de mise en œuvre. Deuxièmement, en 1987, il adhère à l'Initiative de Bamako (IB) qui définit une autre approche des SSP basée principalement sur la participation communautaire, le recouvrement des coûts et le principe des médicaments essentiels. Le bilan de cette nouvelle approche est assez mitigé (Ridde, 2007), mais dans tous les cas, il faut souligner que les indicateurs sont restés à des niveaux qui demandent nécessairement des efforts supplémentaires. C'est ainsi que pour sa troisième grande orientation politique, le Niger opta en 2005 pour la suppression du paiement direct au point de service sous l'impulsion de certaines institutions internationales. Le but visé est l'augmentation de l'utilisation des services de santé pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) concernant la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile (OMD 4, 5 et 6).

Le Niger est soutenu par des partenaires techniques et financiers (PTF), coordonnés dans le domaine de la santé par la Belgique, qui interviennent à travers des appuis financiers et matériels aux plus hauts niveaux de sa pyramide sanitaire : le Ministère de la Santé Publique (MSP), les hôpitaux nationaux (HN), les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) qui abritent les maternités de référence et les hôpitaux régionaux. Au niveau local, ce sont plutôt des Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui interviennent, le plus souvent en appui aux districts sanitaires (DS) gérés par des équipes cadres de districts (ECD). Ces districts sanitaires sont composés d'un hôpital de district (HD) et des structures de bases que sont les centres de santé intégrés (CSI) et les cases de santé (CS) qui leur sont rattachés.



LES POLITIQUES PUBLIQUES D'EXEMPTION DU PAIEMENT

Au Niger, l'exemption du paiement est ciblée pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les enfants bénéficient d'une gratuité intégrale, pour les soins préventifs comme curatifs. Les femmes, quant à elles, sont suivies gratuitement pour les consultations prénatales et certains services : la césarienne, la planification familiale comprenant les produits contraceptifs et préservatifs à l'usage des femmes, et la prise en charge des cancers gynécologiques. La politique de gratuité des soins au Niger repose sur le mode du tiers payant organisé par l'État.

Les remboursements sont ex-post sur la base de tarifs forfaitaires concernant chacun des services gratuits, s'inspirant de la tarification du système de recouvrement des coûts (RC) qui date de 1999 avec la mise en place de l'Initiative de Bamako. Le processus de remboursement se fait à travers un circuit qui comprend le Ministère de la Santé Publique (MSP), le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), le Trésor Public et la Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO). Théoriquement, le délai de remboursement des prestations fournies gratuitement durant un mois devrait se faire à la fin du mois suivant.

Le financement des mesures de gratuité des soins se fait sur fonds propres de l'État, mais aussi avec l'appui des bailleurs internationaux et des ONG. Au premier rang des bailleurs, on peut relever un appui budgétaire particulier de la France à travers l'Agence Française de Développement (AFD) qui a contribué directement au remboursement des factures de la gratuité pendant plusieurs années.

ÉMERGENCE DES RÉCENTES POLITIQUES DE GRATUITE

Au moment où le Niger se lançait dans la politique de gratuité des soins en 2005, ses indicateurs sanitaires affichaient des signaux d'alarme. Il se trouvait alors parmi les pays qui devaient agir en urgence pour améliorer l'état de santé de leurs populations pour l'atteinte des OMD fixés pour 2015. La levée des barrières financières devrait permettre l'accès aux soins aux pauvres. On peut noter, pour le cas du Niger, l'influence de la Banque Mondiale (BM) qui en faisait une condition pour que le pays puisse accéder à son aide financière. En fait, les négociations se sont passées entre uniquement les spécialistes des finances publiques du Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) du Niger et les macro-économistes de la BM. Le MSP n'a pas été impliqué directement. Mais il faut cependant noter que la gratuité des soins a trouvé un écho favorable du côté du Président de la République d'alors. Il a voulu la présenter comme une décision souveraine du pays, en particulier pour assurer son maintien au pouvoir. Ainsi, dans l'opinion publique nationale, la politique de gratuité fut longtemps associée au nom du Président Tandja, comme en témoigna plus tard le journal hebdomadaire *La Griffie* qui rapporte que « le président de la République dans son programme spécial annonce la (sic) gratuité des soins de santé » (*La Griffie* du 10 mars 2009, cf. Ousseini, 2010). Les décisions d'exemption représentent donc un mélange paradoxal de pressions externes et de récupération politique interne. Aussi, la décision a été d'abord politique avant d'être technique (cf. Olivier de Sardan, 2011). Et c'est pour des causes politiques que les problèmes de mise en œuvre apparus dès le démarrage ont été occultés par les autorités sanitaires. La gratuité a de ce fait été annoncée soudainement, prenant de court les acteurs de mise en œuvre, à savoir les cadres techniques du MSP et les agents de santé dans les formations sanitaires (FS).

La formulation de la décision s'est alors faite dans la précipitation par les cadres du MSP, et de manière parcellaire, en même temps que les négociations se poursuivaient avec les bailleurs de fonds. C'est ainsi que nous avons assisté à une série de décrets concernant les différentes exemptions de paiement : celui sur la césarienne et les produits contraceptifs en novembre 2005, qui ont été suivis par ceux sur la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les consultations prénatales en avril 2006, puis les cancers gynécologiques.

MISE EN ŒUVRE

L'IMPLANTATION

L'implantation des mesures d'exemption s'est faite au fil de l'annonce des différents décrets. Mais le gouvernement ne disposait pas d'une ligne budgétaire spécifique pour financer ces mesures, ni d'un dispositif logistique approprié. En fait, il a fallu à la hâte procéder à ce préalable en même temps qu'il était demandé aux FS d'appliquer ces mesures. Pour ce qui concerne la césarienne, l'État nigérien a mis en place une procédure d'urgence qui permettait de constituer une enveloppe budgétaire dont le montant a été fixé sur la base d'un devis estimatif du coût de l'opération pour l'année 2006, soit 704 millions de FCFA (Ousseini, 2011). Ces fonds ont à peu près suffi et ont été effectivement débloqués. Les autres mesures de gratuité concernant celle des enfants de moins de cinq ans et des CPN ont connu la même mesure d'urgence. Il a fallu un apport extérieur de dernière minute, celui de la France, pour assurer le financement pour l'année 2007. En fait, ce fonds provenait du reliquat de la subvention de la politique d'ajustement structurel que la France accordait au Niger (Ousseini, 2011). Quant aux cancers gynécologiques, leur gratuité a été inscrite au titre du Programme spécial du Président de la République alimenté par les fonds alloués aux Pays Pauvres Très Endettés (PPTE), programme de réduction de la dette de la Banque Mondiale. En ce qui concerne les moyens logistiques, l'annonce des mesures de gratuité n'a été à ses débuts accompagnée ni d'une explication sur sa mise en œuvre, ni de supports de travail. Toutefois, malgré ces impréparations, courant 2007 (un peu plus tôt pour la césarienne en 2006), toutes les mesures d'exemption ont été effectivement mises en œuvre par les FS sur tout le territoire national. Durant cette même année, il a été créé la cellule de gratuité des soins pour assurer le traitement des factures de remboursement.



UN DÉMARRAGE EN POINTILLÉ

L'information sur la gratuité des soins est arrivée au niveau des DRSP à travers une lettre intimant son application et avec les décrets et les arrêtés. Les DRSP à leur tour les ont ventilés aux FS et elles ont également organisé des réunions d'information avec les agents de santé. L'information auprès des populations s'est faite lors d'assemblées générales avec les membres des comités de gestions, puis par des missions de sensibilisation dans les villages auxquelles ont participé les autorités locales. Toutefois, il faut souligner que les DS n'ont pas démarré la réalisation des prestations gratuites en même temps. Certains ont immédiatement appliqué la mesure après avoir reçu l'information, tandis que d'autres ont attendu plus tard lorsque le MSP a envoyé une note de rappel. Quelques raisons expliquent cette dispersion au démarrage des mesures d'exemption (cf. Diarra, 2011, Ousseini, 2011):

- de nombreux agents de santé ont exprimé leur inquiétude quant à l'absence des modalités de mise en œuvre et à la capacité de l'État à assurer le remboursement des services. Face au déficit d'informations, certains DS ont préféré attendre d'en savoir plus sur les conditions d'application des mesures ;
- certains DS ont du attendre d'avoir un plateau chirurgical pour commencer la gratuité de la césarienne ;
- d'autres DS ont commencé puis ont arrêté en raison des retards de remboursement, de l'épuisement du stock de médicaments génériques essentiels (MEG) et du manque d'outils de gestion.

L'ORGANISATION DE LA PRODUCTION DES SERVICES GRATUITS DANS LES DS

La mise en œuvre des mesures d'exemption a commencé avec les moyens de bord. Les outils de gestion et les dispositifs d'organisation des soins ont été introduits progressivement à partir de septembre 2007. Ainsi à la place des reçus que les FS envoyaient à la cellule de gratuité des soins au début, des modèles de fiches récapitulatives et de factures ont été élaborés pour que les supports soient les mêmes partout. De même, les outils de gestion du RC tels que les reçus donnés aux usagers, et les ordonnanciers et carnets de santé ont été peu à peu remplacés par des supports de couleur différents de ceux réservés pour le RC ou portant la mention « gratuit ». On peut également relever la généralisation dans le RC du mode forfaitaire (paiement d'un forfait unique actes + médicaments) en lieu et place du mode éclaté (paiement des actes et des médicaments séparément). On peut enfin noter la création de « points focaux gratuité » au sein des DRSP et des ECD pour des raisons de visibilité dans le suivi et la gestion du système de gratuité des soins. Certaines FS ont procédé à une séparation physique des MEG avec, d'un côté ceux destinés au RC, et de l'autre côté ceux qui sont servis aux cibles de la gratuité des soins.

LES DYSFONCTIONNEMENTS ET LES STRATÉGIES D'ADAPTATION DES ACTEURS

Les retards de remboursement et l'adaptation à la baisse des recettes

Dès la première année de mise en œuvre, on constatait déjà une irrégularité dans le remboursement des factures de la gratuité. Le retard dans le remboursement de certaines factures pouvait atteindre une année. Par exemple dans un DS (Say) en 2009, les factures non remboursées s'élevaient à 85 millions de FCFA (Diarra, 2011). Dans un autre DS (Doutchi), de 2006 à 2010, le taux moyen de remboursement des factures est de 52% (Kafando & alii, 2011). En décembre 2011, les dettes de l'État envers l'ensemble des FS avoisinaient les 20 milliards, même si personne ne semble vraiment savoir leur niveau réel, comme les différents nombres avancés lors de la conférence nationale sur la gratuité en mars 2012 en témoignent. Plusieurs causes sont à l'origine des retards de remboursement :

- l'insuffisance des fonds alloués au financement : les remboursements ne se font donc pas mensuellement comme cela est prévu mais selon la disponibilité des fonds ;
- la lenteur administrative liée notamment à la complexité du circuit des factures au MSP puis aux décaissements des fonds au MEF et au Trésor ;

- les irrégularités dans le remplissage de certaines factures par les FS, qui retardent leur évolution dans le circuit de remboursement ;
- le fait que des DS n'envoient pas à temps leurs factures.

La plupart des FS ont ainsi enregistré une baisse de leur trésorerie (cf. aussi Ousseini, 2012 sous presse). Dans un DS (Dosso), cette baisse a été de 75% en cinq ans de 2006 à 2010 (Figure 1, Kafando 2012 et alli.). Cette situation financière a contraint les agents de santé à inventer des stratégies d'adaptation :

- *des médicaments sont vendus au tout venant, c'est-à-dire même à des patients qui n'ont pas été consultés au sein de la structure ;*
- *certains médicaments sont vendus à tous les patients, qu'ils soient exemptés ou non : la quinine et certains antibiotiques (la ciprofloxacine, la cloxacilline, la benza-thine pénicilline G injectable et l'ampicilline) ;*
- *la diminution, ou parfois l'arrêt, de l'achat de certains produits chers, tels que les formes pédiatriques de paracétamol et certains antibiotiques ;*
- *l'approvisionnement auprès des grossistes privés les moins disant ou qui acceptent de vendre à crédit ;*
- *des enfants de moins 5 ans sont inscrits dans le registre comme « mis en observation » car cela donne droit à un remboursement plus conséquent de l'État ;*
- *certains services exemptés sont redevenus payants (CPN et PF). Les commandes de carnets de soins et de consultation nourrisson (CN) sont devenues rares, et des cahiers d'écoliers découpés servent de support et sont vendus ;*
- *le manque de fiches appropriées pour effectuer les CPNR amène les sages-femmes à utiliser les anciennes fiches pour la CPN.*

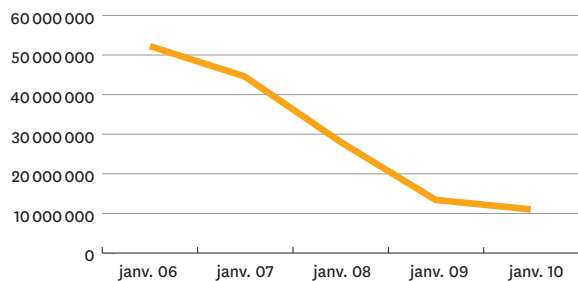


Figure 1 : Évolution de la trésorerie du district de Dosso de 2006 à 2010 (en F CFA)

Les ruptures de MEG

Les causes de ruptures de MEG sont de trois ordres et ne sont pas toutes directement liées à la politique de gratuité.

Premièrement, avec la politique de gratuité des soins, les ruptures de MEG se sont accentuées principalement à cause des retards de remboursement.

Deuxièmement, les ruptures peuvent être nationales, liées à des dysfonctionnements propres à la centrale publique (ONPPC). Bien avant la gratuité, elle connaissait déjà des problèmes financiers et organisationnels. De ce fait, elle n'a pas pu s'ajuster aux besoins croissants des FS liés à la gratuité (Aubry, 2008), pourtant prévisibles. Les ruptures de molécules sont alors devenues fréquentes.

Troisièmement, les ruptures peuvent également être dues à des dysfonctionnements liés à l'organisation interne des services de santé. Il peut s'agir d'une sous-estimation de la consommation moyenne mensuelle des MEG, et on peut alors constater des ruptures dans certains CSI alors que ce n'est pas le cas à la pharmacie d'approvisionnement. Il peut aussi s'agir de négligences, comme l'oubli de marquer un produit dans le bon de commande, ou de pertes parfois injustifiées qui suivent des voies frauduleuses.

La rareté des MEG a provoqué des stratégies d'ajustement dans les pratiques soignantes :

- des ordonnances pour acheter des médicaments à l'extérieur de la formation sanitaire sont délivrées aux bénéficiaires de la gratuité ;
- la prescription se fait en fonction de la disponibilité des stocks, par exemple des comprimés dosés pour adultes et des gélules sont donnés aux petits enfants ;
- la référence fréquente des patients vers d'autres FS pour motif de rupture de stock.

Le cas particulier des DS appuyés par des ONG

Les DS n'ont pas les mêmes potentialités face aux contraintes de mise en œuvre de la gratuité. La présence d'ONG est un facteur qui marque une forte différence entre eux. C'est le cas du DS rural de Keita qui a bénéficié d'une expérience pilote de six mois de gratuité menée par Médecins du Monde-France (MDM-F) et par la suite d'un appui de proximité. Ainsi, les agents de santé du district ont eu l'avantage de recevoir l'annonce de la gratuité moins brutalement grâce à MDM-F (cf. Diarra, 2012, sous presse). L'ONG a procédé à une communication de grande envergure qui a porté ses fruits malgré les difficultés d'accès dans ce district rural. Elle a emmené le district dans une stabilité financière, matérielle et logistique et a contribué à l'amélioration de l'organisation de l'offre de soins. A Keita, comme partout, les agents de santé ont été confrontés au début à l'absence d'outils de gestion pour la gratuité, mais ils n'ont pas vraiment connu de confusion car ils avaient déjà la pratique de la séparation des MEG entre ceux du RC et ceux de la gratuité organisée par l'ONG. Les commandes de MEG d'une manière générale sont mieux maîtrisées du fait d'une relative bonne tenue des registres. Il faut cependant souligner que les succès enregistrés dans le DS de Keita ne sont pas le seul fait de l'ONG, mais la résultante d'une interaction positive entre les différents acteurs. Autrement dit, la dynamique entre les acteurs et leurs capacités à faire face aux contraintes ont été des facteurs favorisant la mise en œuvre de la gratuité des soins. C'est certainement grâce à cette dynamique d'action, impulsée et entretenue par l'ONG, que le DS arrive à s'en sortir relativement bien malgré la crise financière et celle des MEG qu'il connaît actuellement.

EFFETS

EFFETS PERÇUS

De toutes les récentes mesures de gratuité au Niger, celle concernant les enfants de moins de cinq ans se distingue par ses effets positifs considérables. Ces effets ont été perçus par les agents de santé qui ont pu constater une augmentation notoire de la fréquentation par ce groupe cible. Les CSI qui enregistraient de faibles fréquentations ont très vite enregistré des chiffres record. C'est le cas d'un CSI du District III de la capitale qui était appelé « CSI trois malades » car le nombre de malades qui s'y rendait par jour ne dépassait jamais trois. Mais avec la gratuité ce CSI peut recevoir selon un agent de santé certains jours jusqu'à 80 malades. Un agent de santé de ce CSI affirme : « ce sont tous nos indicateurs qui sont montés en flèche ! ». Quant aux bénéficiaires, ils font état de leur satisfaction par rapport à cette prise en charge gratuite.

Pendant les acteurs (usagers et soignants) se sont aussi prononcés sur les effets négatifs de cette politique. Du côté de l'offre de soins, un des effets négatifs perçus est l'utilisation abusive des services de santé par les enfants, les mères les emmenant sans raison sérieuse : « *Lorsqu'on demande à la mère, elle dit : 'l'enfant pleure'. Vous voyez, il y a des abus !* » (infirmier DS de Gaweye). Il ressort aussi que des soignants se plaignent d'un accroissement de la charge de travail :

« Parce que même pour remplir les papiers c'est un problème. (...) Quand je viens le matin, je ne sais même pas à quelle heure je rentre, même mon temps de repos, je me consacre à ça. »

Percepteur, DS de Keita

Mais d'autres agents trouvent que la surcharge est surtout due au manque de personnel :

« Bon, dans un CSI un agent qui travaille seul est toujours surchargé. On est toujours sollicité à tout temps. (...) Tu peux être en consultation et on va t'appeler pour faire un accouchement. Ou tu peux être à la salle d'accouchement, on va te dire qu'on a amené un malade, ou je suis à la CPN, il y'a quelqu'un qui m'attend pour un pansement. Vraiment ce n'est même pas quelque chose à demander cette surcharge. Parce que quelqu'un qui travaille seul quel que soit son programme, il est surchargé. »

Chef CSI, DS de Keita

Dans tous les cas, cette surcharge a aussi eu des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge selon des agents de santé car « *on n'arrive pas à être efficace, on cherche seulement à se débarrasser à partir d'un certain moment* » (infirmier, DS de Say). La rareté des médicaments a aussi des effets : « *il est difficile de faire une prise en charge complète, c'est lié à la gratuité. Ça ne sert à rien même si c'est gratuit de faire un traitement à moitié* » (anesthésiste DS de Gaweye). Enfin, les agents de santé déplorent l'épuisement des recettes du fait des retards de remboursement, situation qui a emmené les agents de santé à faire des adaptations :

« *On a perdu le lièvre on essaie de rattraper le chien* »

Trésorier Coges, DS de Dosso

Pour les usagers, le bien fondé de la gratuité est sans ambiguïté, mais ils estiment que les dysfonctionnements de mise en œuvre de la politique ont entraîné des effets négatifs dans l'utilisation des services rendus gratuits. Les bénéficiaires des exemptions de paiement se plaignent d'être obligés de payer des médicaments alors que la prise en charge est censée être gratuite. Le mauvais accueil est également évoqué, et cela peut constituer un frein dans l'utilisation des services même s'ils sont gratuits comme en témoigne une femme : « *même si tu ne paies pas, si on t'accueille mal tu ne vas plus revenir* » (Femme césarisée, district de Gaweye). Enfin, une femme fait état d'une inégalité de traitement entre bénéficiaires de la gratuité et ceux qui ne le sont, les premiers étant moins bien reçus que les seconds :

« La nuit, tu viens, tu tapes à la porte, elles ne te répondent même pas, ou on te dit de retourner, y a pas de produit surtout quand il s'agit de la gratuité. Mais si c'est pour payer, elles se lèvent mais avec le visage froissé, sans volonté, on te fait les soins. »

Ménagère, mère de 5 enfants



EFFETS MESURÉS

LES CENTIMES ADDITIONNELS

Le coût des évacuations sanitaires entre les FS et les hôpitaux de référence n'a pas été pris en compte par la politique de gratuité des soins, alors qu'il peut constituer une barrière à l'utilisation des services rendus gratuits. Depuis une quinzaine d'année, le système des « centimes additionnels » a permis aux DS d'assurer des évacuations sanitaires sans que les ménages en ressentent le coût au moment de l'évènement. Ce système consiste à prélever 100 FCFA sur chaque patient à l'occasion de tout épisode de maladie pour constituer un fonds permettant de financer les évacuations sanitaires afin que celles-ci soient gratuites. Jusqu'en décembre 2009, tous les usagers participaient à ce système dans la région de Dosso. Grâce à l'augmentation de la fréquentation des centres de santé par les bénéficiaires de la gratuité, les recettes des « centimes additionnels » ont considérablement augmenté (Kafando & alii, 2011). Mais à partir de janvier 2010, le MSP a donné l'instruction d'arrêter de prélever les 100 FCFA auprès des cibles de la gratuité. En effet, le MSP considérait que la participation de ces derniers au système allait en contradiction avec le principe de la gratuité. Cette instruction a été lourde de conséquence sur les caisses des « centimes additionnels » qui ont vite baissé car la participation des bénéficiaires de la gratuité était bien plus importante que celle des usagers payants. Certaines FS ont été contraintes d'arrêter les évacuations gratuites, le temps de reconstituer le fonds de roulement. D'autres DS ont pu continuer à assurer les évacuations gratuites grâce à un soutien financier d'ONG, mais aussi, comme à Keita, grâce à une contribution de catégories d'acteurs susceptibles de combler l'écart occasionné par le retrait des cibles de la gratuité (collectivités territoriales, Coges, diaspora, ONG).

LES RECETTES DIRECTES

Le taux de recouvrement des coûts qui était positif avant la mise en œuvre de la gratuité des soins, a baissé pour s'établir en dessous de 100% avec la mise en œuvre de la gratuité des soins. Ce taux serait largement positif si les FS étaient remboursées par l'État (il pourrait atteindre 220% pour le DS de Dosso selon Kafando & alii, 2011 ; voir figure 2).

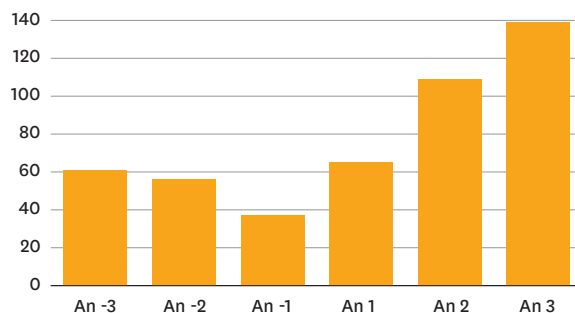


Figure 2: Évolution des recettes totales hypothétiques (en millions de F CFA) du district sanitaire de Dosso de 2005 (an -3) à 2010 (an 3)

LA CHARGE DE TRAVAIL

Une étude a mesuré la charge de travail dans le district de Keita appuyé par une ONG en le comparant avec un district non soutenu par une ONG (Ly & alii, 2012, sous presse). L'étude montre :

- une charge de travail effectivement élevée dans le DS de Keita, notamment en raison d'une insuffisance en ressources humaines, des dysfonctionnements dans l'organisation des soins et d'un absentéisme des agents de santé;
- une charge de travail encore très acceptable dans le DS d'Abalak à cause d'une fréquentation moindre des services de santé
- des agents de santé qui déclarent un temps de travail plus élevé qu'il n'est observé. Par exemple, lorsque les agents ont déclaré 13 minutes pour effectuer la consultation nourrissons sains, l'étude a mesuré quatre minutes ; en ce qui concerne les consultations curatives, 17 minutes ont été déclarées alors qu'il a été mesuré sept minutes.

LES DONN EN MÉDICAMENTS

La valorisation des dons en MEG a permis de comprendre que la politique de gratuité des soins a entraîné une augmentation de l'apport des partenaires financiers et des ONG. Ainsi, le DS de Dosso a reçu environ 95 millions de FCFA en moyenne chaque année depuis la mise en œuvre de la gratuité contre 1 million et demi en moyenne par an avant la gratuité (Kafando & alii, 2011).

LES RUPTURES DE STOCK

Elles sont devenues fréquentes dans certains DS par rapport à la période d'avant la gratuité. C'est le cas du DS de Dosso où le nombre moyen de ruptures de stock pour les 10 principales molécules est passé de 125 jours avant la gratuité à plus de 1 000 jours avec gratuité (Kafando & alii, 2011 : 22). Par contre, d'autres DS, tels que celui de Loga, n'ont pas connu une grande variation dans l'état des stocks.



LA POLITIQUE D'EXEMPTION

LES FORCES :

- *une augmentation de la fréquentation des services de santé par les enfants et des CPN ;*
- *des diagnostics plus précoces ;*
- *une diminution des dépenses pour les femmes césariées ;*
- *une autonomie des femmes dans la décision d'emmener les enfants au centre de santé.*

LES FAIBLESSES :

- *des consultations expéditives traduisant une démotivation pour cause de rupture de stock ;*
- *le nomadisme des bénéficiaires qui changent souvent d'aire de santé à la recherche de médicaments ;*
- *la décapitalisation des Coges avec l'endettement de nombreuses FS auprès des firmes privées ;*
- *des inégalités entre les FS sur le plan financier, certaines bénéficient plus de remboursements que d'autres ;*
- *des inégalités entre DS appuyés par une ONG et les non appuyés ;*
- *des soupçons des usagers à l'endroit des soignants, qui sont suspectés de vendre les médicaments gratuits aux bénéficiaires ;*
- *la prolifération des firmes privées au détriment de l'ONPPC ;*
- *la perception d'une surcharge de travail du côté des soignants ;*
- *des ruptures de stock obligeant les familles à acheter des médicaments et menaçant la qualité des soins ;*
- *des abus constatés du côté des bénéficiaires ;*
- *des approvisionnements en MEG fréquents, en petite quantité.*

CONCLUSION

Les mesures d'exemption ont mis le Niger face à un double défi : l'amélioration de l'accès aux soins et la résolution des dysfonctionnements structurels du système de santé (Ridde & alii, 2010). Concernant le premier défi, une nette amélioration de l'accès aux soins est constatée, bien que les problèmes d'équité et de qualité des soins restent toujours présents. En effet, d'une part, l'évacuation sanitaire entraîne des coûts considérables pour les ménages et la gratuité de certains services est loin d'être totale, ce qui constitue un frein dans l'utilisation des services de santé. D'autre part, la rareté des MEG liées principalement aux retards de remboursement qui ont atteints des records a eu un impact négatif sur la qualité des soins, qui souffrait déjà, avant la gratuité, de l'existence de mauvaises pratiques de soins. Le second défi reste à affronter. Il reste cependant encore quelques questions de recherche à étudier :

- la gratuité des accouchements est restée à l'état de projet depuis 2008. Compte tenu de l'expérience de la gratuité des soins pour les enfants, comment cette mesure sera-t-elle négociée entre les acteurs nationaux et internationaux pour son financement, son élaboration et sa mise en application ? ;
- la question des dons en médicaments est au centre des débats, comment sera-t-elle traitée quand on sait qu'elle est liée au système de RC ?
- les mesures d'exemption de soins sont considérées par les autorités sanitaires nationales comme une des stratégies conduisant vers la couverture maladie universelle. De ce fait la stratégie sera appelée à être modifiée et améliorée, il sera alors intéressant de suivre cette évolution dans le temps.

LISTE DES ÉTUDES RÉALISÉES AU NIGER DANS LE CADRE DE CE PROGRAMME

Diarra, A., 2011, *La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 96.

Diarra, A., 2012, *La mise en œuvre des mesures d'exemption de paiement dans un district sanitaire appuyé par une ONG : le cas du district de Keita*, Rapport de terrain LASDEL (sous presse).

Kafando, Y., Mazou, B., Kouanda, S., Ridde, V., 2011, *Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 99.

Ly, A., Ridde, V., Kouanda, S., 2012, *La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger*, (sous presse).

Olivier de Sardan, JP., Ridde, V., 2011, *Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger)*, Niamey, Etudes & Travaux du LASDEL, N° 89.

Ousseini, A., 2010, *La presse du Niger face à la gratuité*, Rapport de terrain LASDEL.

Ousseini, A., 2011, *Exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans*. Mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso, Etudes & Travaux LASDEL, N° 92.

Ousseini, A., 2011, *Une politique de santé au Niger. La mise en œuvre d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 91.

Ousseini, A., 2012, *La mise en œuvre des mesures d'exemptions de paiement dans un district sanitaire à caisse autonome : le cas du district I de Niamey*, Rapport de terrain LASDEL (sous presse).

BIBLIOGRAPHIE

Aubry, L., 2008, *Analyse de la situation et des besoins du système d'approvisionnement et de gestion des produits pharmaceutiques au Niger*. Ministère de la santé publique. Direction générale de la santé publique.

Diarra, A., 2011, *La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 96.

Diarra, A., 2012, *La mise en œuvre des mesures d'exemption de paiement dans un district sanitaire appuyé par une ONG : le cas du district de Keita*, Rapport de terrain LASDEL (sous presse).

Guillaumont, P. & Guillaumont, S., 1991, *Ajustement structurel, ajustement informel. Le cas du Niger*, Paris ; L'Harmattan.

James, C., Morris, S., Keith, R., Taylor, A., 2005, *Impact on child mortality of removing user fees: simulation model*. British Medical Journal., 331(7519): p: 747-9.

Kafando, Y., Mazou, B., Kouanda, S., Ridde, V., 2011, *Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 99.

Lagarde, M. & Palmer, N., 2006, *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*, T.A.f.H.P.a.S. Research, Editor.: Geneva.

Ly, A., Ridde, V., Kouanda, S., 2012, *La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger*, (sous presse).

Organisation Mondiale de la Santé, 2011, *Stratégie de coopération, un aperçu*, consulté en ligne [http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ber_fr.pdf\(29/07/2012\)](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ber_fr.pdf(29/07/2012))

Olivier de Sardan, JP., Ridde, V., 2011, *Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger)*, Niamey, Etudes & Travaux du LASDEL, N° 89.

Ousseini, A., 2010, *La presse du Niger face à la gratuité*, Rapport de terrain LASDEL.

Ousseini, A., 2011, *Exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5ans. Mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 92.

Ousseini, A., 2011, *Une politique de santé au Niger. La mise en œuvre d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*, Etudes & Travaux LASDEL, N° 91.

Ousseini, A., 2012, *La mise en œuvre des mesures d'exemptions de paiement dans un district sanitaire à caisse autonome : le cas du district I de Niamey*, Rapport de terrain LASDEL (sous presse).

Ridde, V., 2007, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan.

Ridde, V., Robert, E., Meessen, B., 2010, *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World Health Report (2010) Background Paper, N°18. Geneva : World Health Organisation.

DANS CE CD-ROM, VOUS TROUVEREZ LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- Un film de 53 minutes réalisé par Malam Saguirou décrivant la mise en œuvre de la politique d'exemption du paiement des soins au Niger ;
- La présente brochure en version PDF ;
- Quatre notes de politiques (PDF) résumant certaines des recherches réalisées au Burkina Faso, au Mali et au Niger ;
- Trois notes de politiques (PDF) réalisées pour accompagner la conférence nationale pour le renforcement de la gratuité des soins au Niger (mars 2012) ;
- Cinq documents (PDF) de la série des Études & Travaux du LASDEL (Niger) présentant des analyses approfondies de certaines des recherches résumées dans cette brochure.



