

INTRODUCTION

Diagnostic d'une politique publique : les exemptions de paiement pour les soins de santé au Sahel

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN
et Valéry RIDDE

Au Burkina Faso, au Mali et au Niger, plusieurs mesures sectorielles d'exemptions de paiement pour les usagers (appelées « gratuités des soins » dans le langage courant) ont été prises dans les années 2000. Elles se sont parfois ajoutées ou superposées à des politiques de fortes subventions permettant une réduction significative des tarifs de certains soins et médicaments.

Ces trois pays étaient – et restent encore – depuis l'Initiative de Bamako de la fin des années 1980 sous un régime global de recouvrement des coûts au point de délivrance, ou plus exactement de paiement partiel des prestations et médicaments par l'utilisateur¹. Rappelons ici que le recouvrement des coûts a toujours connu, pour des raisons de santé publique, diverses exceptions sectorielles par pathologie ou par activité. Les vaccinations de masse (JNV) ou de routine dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), les soins relatifs à la tuberculose, à la lèpre, au noma, ou au ver de Guinée, les mesures

1. Ce recouvrement est très partiel, dans la mesure où les sommes tarifées aux usagers ne tiennent pas compte des salaires, investissements et frais récurrents payés par l'État, et ne représentent qu'une faible partie du budget global de la santé (on parle souvent d'un ordre de grandeur de 5 % au niveau des États ; cf. Nolan et Turbat 1995 ; Gilson 1997).

contre les épidémies, sont par exemple restés gratuits pour les usagers². Il était également prévu dans l'initiative de Bamako un système d'exonération de paiement pour les patients dans l'incapacité financière de payer les soins, mais ce système n'a jamais vraiment été mis en place³.

Cette exclusion des plus vulnérables, comme les mauvais indicateurs de santé en Afrique, compromettant toute atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), expliquent les nombreuses critiques qui se sont développées depuis la fin de années 1990, au sein des ONG, du monde de la recherche, et des organisations internationales, contre le recouvrement des coûts (*cf.* Ridde, *infra*, chapitre 2). Cette pression croissante en faveur de l'abolition des barrières financières à l'accès aux soins se situe désormais assez clairement dans une perspective de marche progressive vers une couverture universelle⁴.

Ce contexte explique pourquoi, au-delà des trois pays ici considérés, et à peu près au même moment, des politiques d'exemptions sectorielle ont été élaborées et mises en œuvre dans de nombreux pays en Afrique.

Les trois spécificités de cette recherche

Notre programme de recherche a été élaboré en 2008. À cette époque, les études menées sur ces exemptions et leurs effets étaient très rares⁵. Depuis cette date, les travaux se sont multipliés, surtout en Afrique anglophone⁶. Ces publications témoignent toutes d'une augmentation significative de l'accès aux soins dans les populations ciblées par ces « gratuités ». Mais beaucoup d'effets indirects n'ont pas été documentés, en particulier parce que les recherches disponibles au moment du démarrage de notre programme sur les exemptions de paiement étaient (et restent pour une bonne part) surtout focalisées sur l'accès aux soins (et la corrélation entre exemptions et augmentation de la fréquentation des formations sanitaires) sans suffisamment prendre en compte d'autres dimensions, comme la qualité des soins, les perceptions des

-
2. Il faut aussi noter que, à l'extérieur du système de santé public, mais parfois en coordination avec lui, des formations sanitaires de type caritatif, religieux ou associatif ont toujours délivré des soins à bas coût (ou, exceptionnellement, gratuits).
 3. Pour le Burkina Faso, *cf.* Ridde 2008 ; pour d'autres pays de la région, *cf.* Gilson *et al.* 2000.
 4. Autrement dit, des systèmes de santé accessibles à tous sans barrière financière pour qui que ce soit.
 5. *Cf.* Ridde, Morestin et Belaïd 2010.
 6. *Cf.* Meessen *et al.* 2011.

acteurs, les logiques institutionnelles et organisationnelles, ou les stratégies des personnels de santé⁷.

Autrement dit, la première spécificité du présent ouvrage est d'insérer les politiques d'exemptions dans le cadre plus vaste du fonctionnement quotidien des systèmes de santé des trois pays. De ce point de vue, les politiques d'exemptions de paiement subissent dans leur mise en œuvre les effets négatifs des dysfonctionnements des systèmes de santé⁸ (*cf.* Touré, *infra*, chapitre 9). Parfois elles les mettent en évidence, parfois elles les aggravent. Les nombreux travaux récents sur les exemptions de paiement mentionnent toutefois rarement la question de la qualité des soins, à quelques exceptions près (Macha *et al.* 2012 ; Gilson et McIntyre 2005). Et aucun n'a procédé à ce jour à une description détaillée des innombrables problèmes au quotidien que rencontrent tant les personnels de santé que les usagers dans la mise en œuvre des exemptions de paiement. Notre ouvrage permet donc de réintégrer la « question de la qualité » dans « la question de l'équité ».

Pour développer ce type d'analyses, il fallait recourir à d'autres méthodes, de type socio-anthropologique, complémentaires des méthodes quantitatives plus habituelles en santé publique (qui étaient également représentées dans notre programme). C'est donc une seconde spécificité de cet ouvrage : développer une expérience de combinaison entre approches ethnographiques et épidémiologiques, qualitatives et quantitatives (*cf.* Ridde et Olivier de Sardan, *infra*, chapitre 23)⁹. Cette combinaison est, dans la littérature existante, plus souvent souhaitée que réalisée, malgré des progrès récents dans le champ de la santé (où les méthodes mixtes se développent (Pluye 2012), et pose des problèmes complexes : comment coproduire une problématique commune ? Comment chacune des deux approches peut-elle poser des questions auxquelles l'autre tentera de répondre ? Comment articuler les deux approches dans l'interprétation des données ? Comment éviter la sujétion d'une approche envers l'autre ?

Enfin, les politiques de santé (dont les mesures d'exemptions sont un exemple significatif) ne peuvent être uniquement investiguées dans une perspective de « santé publique ». Elles manifestent, dans le secteur spécifique de la santé, des propriétés que l'on retrouve dans bien d'autres secteurs. Un recours plus large à l'« analyse des politiques publiques » nous a semblé

-
7. Parmi les rares exceptions, il faut citer, pour l'Afrique du Sud, Walker et Gilson 2004.
 8. Pour une analyse de certains de ces dysfonctionnements à partir d'enquêtes socio-anthropologiques menées en Afrique de l'Ouest, *cf.* Jaffré et Olivier de Sardan 2003.
 9. On doit y ajouter la réalisation d'un film documentaire par Malam Saguirou.

indispensable, et c'est là la troisième spécificité de cet ouvrage (*cf.* Olivier de Sardan et Ridde, *infra*, chapitre 1)¹⁰.

Pourquoi ces trois pays ?

Dans une perspective comparative, le choix de ces trois pays se justifie d'abord parce qu'il s'agit de pays francophones, peu étudiés par rapport aux pays anglophones dans le domaine du financement de la santé en général, et des exemptions de paiement en particulier.

Mais ces trois pays limitrophes, qui partagent pour l'essentiel un même contexte sanitaire, social, économique et étatique¹¹, offraient surtout un avantage spécifique. D'une part, ils ont choisi de recourir à des exemptions de paiement sectorielles (totales ou partielles), tout en restant dans le cadre général du recouvrement des coûts. Ils distinguent ainsi d'autres politiques plus ambitieuses menées dans d'autres pays, comme le Ghana, la Tanzanie, ou l'Afrique du Sud qui reposent sur un recours systématique à l'impôt, à la TVA ou aux assurances maladies (Macha *et al.* 2012 ; Gilson *et al.* 2012). Mais d'autre part, ils ont chacun mis au point un dispositif institutionnel d'exemptions de paiement très spécifique, nettement différent des deux autres.

Nous avons délibérément opté, on le voit, pour un comparatisme de proximité, se référant à des contextes proches et similaires. Un tel comparatisme nous semble plus intéressant (et moins pratiqué) que les vastes comparatismes intra- ou inter-continentaux fréquents en épidémiologie et en santé publique, qui ne tiennent pas compte des profondes différences historiques, politiques ou culturelles entre les pays comparés.

Un autre motif du choix de ces pays a été l'existence de chercheurs compétents sur place, connaissant bien le fonctionnement « réel » des systèmes de santé (assez éloigné du fonctionnement officiel). Pour les enquêtes de type anthropologique plus particulièrement, cette maîtrise des contextes et des domaines de recherche est un facteur décisif. La présence au Niger d'un laboratoire internationalement reconnu (le LASDEL), qui a été l'institution pivot du programme de recherche, et qui avait déjà noué des

10. Nous nous situons ainsi dans la lignée de divers travaux qui ont tenté de relier empiriquement analyse des politiques publiques et analyse des systèmes de santé (*cf.* Ridde 2008 ; Gilson 2000).

11. Il faut toutefois noter de fortes disparités en termes de personnels médicaux et paramédicaux : alors que le Burkina Faso a 0,5 médecin et 5,7 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants, le Mali en a respectivement 0,8 et 4,3, et le Niger 0,2 et 1,4.

collaborations tant avec le Mali et le Burkina Faso qu'avec l'Université de Montréal a été aussi un atout important¹².

Le programme de recherche

Cet ouvrage est l'aboutissement final de quatre années de travaux menés au Burkina Faso, au Mali et au Niger par un programme de recherche intitulé « *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger)* ». Coordonné par J.-P. Olivier de Sardan (LASDEL, Niger) et V. Ridde (Université de Montréal, Canada), ce programme a réuni de nombreux chercheurs du Burkina Faso, du Canada, du Mali et du Niger, que l'on retrouvera comme auteurs des divers chapitres de ce livre. Le financement provient d'un partenariat entre le CRDI (Canada) et l'AFD (France)¹³.

Cette recherche a déjà donné lieu à diverses publications partielles, sous forme d'articles (cf. en particulier le numéro d'*Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3), mais aussi de rapports et de documents de travail (cf. *Études et Travaux du LASDEL* n° 99, 96, 92, 91, 89), ainsi que de notes de recherche (*policy briefs*) ou de brochures de synthèse (Ridde et Olivier de Sardan 2012). Mais cet ouvrage déborde très largement ces publications éparses et ne comporte aucun texte déjà publié, il reprend de façon beaucoup plus systématique, complète et structurée les principaux résultats du programme, et propose de nombreuses analyses nouvelles, qui vont au-delà des seuls trois pays investigués.

La structure de l'ouvrage

Une première partie présente l'enchâssement des exemptions de paiement dans les débats internationaux scientifiques et politiques actuels : (a) les interactions entre les politiques de gratuité, les systèmes de santé et les politiques publiques (Olivier de Sardan et Ridde, chapitre 1) ; (b) la problématique des inégalités d'accès aux soins et du financement du système de santé (Ridde, chapitre 2) ; et enfin une synthèse des apports spécifiques de l'analyse menée par notre équipe sur la mise en forme et la mise en œuvre des politiques de gratuité (Olivier de Sardan, chapitre 3).

12. Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local (www.lasdel.net).

13. Centre de recherche pour le développement international ; Agence française de développement.

Une seconde partie traite de la phase de mise en forme, autrement dit de l'émergence, de la formulation et de l'architecture des mesures d'exemptions de paiement, dans chaque pays (Yaogo, Kagambega et Dabiré, chapitre 4, pour le Burkina Faso ; Koné, chapitre 5 pour le Mali ; et Ousseïni, chapitre 6 pour le Niger).

La troisième partie porte quant à elle sur la phase de mise en œuvre (*implementation*) à travers diverses facettes de celle-ci : la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans au Niger (Diarra et Ousseïni, chapitre 7) ; la subvention des accouchements au Burkina Faso (Belaïd et Ridde, chapitre 8) ; la gratuité des césariennes et des traitements antirétroviraux (ARV) au Mali, en tant que révélateur des dysfonctionnements ordinaires du système de santé (Touré, chapitre 9) ; la gratuité des traitements de la tuberculose et des ARV au Burkina Faso (Konaté, Zerbo et Yaogo, chapitre 10) ; la gratuité des CTA au Mali (Touré et Sanogo, chapitre 11) ; et enfin la lecture qu'ont faite les presses nigérienne et malienne de cette mise en œuvre (Escot et Ousseïni, chapitre 12).

Nous avons choisi d'accorder une place particulière au rôle sur le terrain des organisations non gouvernementales (ONG), tant leurs apports, comme leurs limites, sont importants en ce qui concerne les exemptions de paiement en Afrique de l'Ouest. Cette quatrième partie inclut donc un chapitre 13 sur le rôle de Médecins sans frontières (MSF) à Kangaba au Mali (Koné), un chapitre 14 sur le rôle de Médecins du monde (MDM) à Keita au Niger (Diarra), et un chapitre 15 sur le rôle de Terre des hommes (TDH) à Tougan au Burkina Faso. Une réflexion comparative (Olivier de Sardan, chapitre 16) clôt cette partie.

Quant à la cinquième partie, elle analyse divers effets des politiques d'exemptions. Ainsi, l'accroissement présumé de la charge de travail est ramené à de plus justes proportions en ce qui concerne le Niger et le Burkina Faso, même si la situation du Niger reste préoccupante (Ly, Kouanda et Ridde, chapitre 17). Les effets de la politique de subvention des accouchements sur les coûts au Burkina Faso sont évalués (Kiendrebeogo, Belemsaga, et Kouanda, chapitre 18). Un chapitre analyse l'impact de l'exemption des CTA sur l'utilisation des services au Mali en notant une faible hausse (+ 30 %) des consultations, s'expliquant certainement par les dysfonctionnements de mise en œuvre (Heinmüller et Ridde, chapitre 19). Les conséquences des exemptions sur les finances communautaires sont examinées en ce qui concerne le Mali et le Niger : elles ne montrent aucun changement pour le premier cas mais de gros problèmes dans le second cas (Kafando et Ridde, chapitre 20).

Une sixième et dernière partie met en évidence les différents débats, ouverts ou cachés, publics ou experts, suscités par les politiques d'exemptions.

Celles-ci, en effet, suscitent des soutiens enthousiastes comme des oppositions larvées, et prennent place dans des espaces idéologiques, scientifiques et politiques traversés de contradictions et de conflits. Le chapitre 21 (Olivier de Sardan) prend comme exemple de ces confrontations notre propre programme de recherche et les difficultés qu'il a rencontrées auprès de divers acteurs. Le chapitre 22 (Moha, Ridde et Robert) analyse la tenue au Mali et au Niger de conférences nationales sur la gratuité qui ont permis des débats inédits, auxquels les professionnels de santé et les chercheurs ont participé activement.

La conclusion de cet ouvrage (Ridde et Olivier de Sardan) est méthodologique, et tente de déterminer l'apport de notre recherche au domaine désormais en expansion des méthodes mixtes.