

JP. OLIVIER DE SARDAN (LASDEL)
ET V. RIDDE (UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL)

UNE COMPARAISON PROVISOIRE DES
POLITIQUES D'EXEMPTION DE PAIEMENT
DANS TROIS PAYS SAHÉLIENS
(BURKINA FASO, MALI, NIGER)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
UN MEME CONTEXTE.....	6
LA RECHERCHE COMPARATIVE SUR LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT : PLUSIEURS DEFIS.....	10
I. LES EXEMPTIONS EN SERIE DES ANNEES 2000	14
LES MOUSTIQUAIRES	14
LES ARV	15
LA CESARIENNE.....	16
LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS.....	18
II. UNE COMPARAISON MALI-NIGER	20
LES PROCESSUS D'ELABORATION ET DE DECISION	20
LES PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE.....	23
QUELQUES DIFFERENCES ARCHITECTURALES.....	25
III. ET LE BURKINA FASO ?	27
IV. LES IMPACTS DE CES POLITIQUES D'EXEMPTION SUR LA SANTE	29
LES EFFETS PERÇUS ET OBSERVES AUTRES QUE LA HAUSSE DE FREQUENTATION	29
LA REDUCTION EQUITABLE DES DEPENSES MEDICALES AU BURKINA FASO.....	31
UNE REDUCTION IMPORTANTE DES DEPENSES MEDICALES ET UN MAINTIEN DES DEPENSES NON MEDICALES.....	32
DES INEGALITES D'UTILISATION QUI NE SE SONT PAS EXACERBEES.....	33
UNE REDUCTION DES DEPENSES D'ACCOUchemENTS FAVORABLE AUX PLUS PAUVRES.....	33
UNE PROPORTION PLUS IMPORTANTE DE FEMMES NE REALISANT AUCUNE DEPENSE MEDICALE	34
LES CONSEQUENCES DU RETARD DU REMBOURSEMENT DE LA GRATUITE SUR LES FINANCES COMMUNAUTAIRES AU NIGER	34
V. UN DEBAT VIRTUEL SUR LE RECOUVREMENT DES COUTS ET L'EXEMPTION DE PAIEMENT	37
LA VALORISATION DU PAIEMENT ET LA DEVALORISATION DE LA GRATUITE.....	37
LE PROBLEME DE L'ÉTAT ET DE LA PERENNITE	38
L'EQUITE : OUI, MAIS COMMENT ?.....	38
LES IMPERATIFS DE SANTE PUBLIQUE	39
ACCESSIBILITE ET QUALITE DES SOINS	39
VI. CONCLUSION	41
ANNEXE.....	45

LES POLITIQUES D'EXEMPTION DE PAIEMENT (BURKINA FASO, MALI, NIGER)

LISTE DES SIGLES

ACT	Artemisinin-based combination therapy (combinaisons à base d'artémisinine)
AFD	Agence française de développement
ARV	Anti-rétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
CA	Centime additionnel (partage des coûts pour financer les ambulances)
CHR	Centre hospitalier régional
CPN	Consultation pré-natale
CRDI	Centre de recherche en développement international (Canada)
CScom	Centre de santé communautaire
CSI	Centre de santé intégré
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CSref	Centre de santé de référence
CTA	Centre de traitement ambulatoire
DFID	Department for International Development (Grande Bretagne)
DOS	Direction de l'organisation des soins (Niger)
ECHO	Bureau d'aide humanitaire de l'Union Européenne
EDS	Enquête de démographie et de santé
EDSM	Enquête de démographie et de santé du Mali
HELP	ONG allemande
JNV	Journée nationale de vaccination
MDM	Médecins du Monde
MEG	Médicaments essentiels et génériques
MSF-OCB	Médecins sans Frontières – Belgique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PAC	« Parents, amis et connaissances »
PEV	Programme élargi de vaccination

LES POLITIQUES D'EXEMPTION DE PAIEMENT (BURKINA FASO, MALI, NIGER)

- PPM Pharmacie populaire du Mali
- PTF Partenaires techniques et financiers
- PvVIH Personnes vivant avec le VIH
- SONU Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

UNE COMPARAISON PROVISOIRE DES POLITIQUES D'EXEMPTION DE PAIEMENT DANS TROIS PAYS SAHÉLIENS (BURKINA FASO, MALI, NIGER)

*JP. Olivier de Sardan (LASDEL)
et V. Ridde (Université de Montréal)*

Introduction¹

Au Burkina Faso, au Mali et au Niger, nos équipes² se posent une même question de recherche centrale : comment ont été élaborées et mises en œuvre de nouvelles politiques publiques de santé, toutes orientées vers l'exemption de paiement (totale ou partielle) en faveur de certaines catégories de la population ou pour certains services de santé, et quels en sont les effets attendus ou inattendus ?

Dans une perspective comparative, le choix de ces trois pays se justifie parce qu'ils ont choisi chacun des dispositifs d'exemption de paiement relativement différents, alors qu'ils partagent un même contexte sanitaire et étatique.

¹ Une première version orale de cette synthèse comparative provisoire a été présentée lors du comité de pilotage du programme (Niamey, 14-15 octobre 2010) et à l'occasion d'une journée de réflexion organisée par l'Agence Française de Développement (AFD) à Paris (12 janvier 2011). Il a aussi servi de base à une communication à la « Journée sur le financement des systèmes de santé » organisée à Niamey par MDM le 6 décembre 2010, ainsi qu'à une communication lors du panel "Policy and Project Evaluative Research : Lessons from Two Studies on Healthcare Financial Access", 3^{ème} Conférence sur « Health Financing », CERDI, Clermont-Ferrand, le 12 mai 2011.

² Ce texte s'appuie sur les différents rapports des équipes des trois pays rédigés pour le comité de pilotage. Il a bénéficié des remarques d'Aïssa Diarra, Mahaman Moha, Abdoulaye Ousséini, Laurence Touré et Maurice Yaogo. Cette recherche est financée par le Centre de recherche en développement international (CRDI) du Canada et par l'Agence Française du Développement (AFD).

Un même contexte

Au-delà des spécificités nationales, ces trois pays sahéliers relèvent d'un même contexte : (a) une même histoire des politiques de santé, de l'organisation des services de santé et de l'accès financier aux soins ; (b) des problèmes de santé publique identiques, et, plus généralement, (c) des difficultés similaires quant à la mise en œuvre des politiques publiques.

Une même histoire de l'accès financier aux soins

Sous la colonisation française, le régime de santé était partout le même : une « gratuité »³ des soins, certes, financée sur le budget de l'État colonial⁴, mais qui était, de fait, soit réservée à une minorité urbaine, soit limitée aux vaccinations et à la lutte contre les grandes endémies et les épidémies⁵. Les indépendances ont vu éclore une multiplication des formations sanitaires dans chaque pays, en particulier dans le monde rural, le principe de la gratuité restant en vigueur. Mais, aux débuts des années 80, quand les États ont été plongés dans de graves difficultés financières, ce système a connu une crise profonde: les consultations restaient gratuites, mais les formations sanitaires n'avaient plus de médicaments disponibles. Elles délivraient donc aux usagers des ordonnances pour des médicaments qu'ils devaient acheter à un coût élevé dans des pharmacies parfois éloignées. À la suite de l'Initiative de Bamako⁶, le Burkina Faso, le Mali et le Niger ont alors mis en place à la fin des années 80, comme la plupart des pays ouest-africains, une politique de recouvrement partiel des coûts auprès des usagers. Le Niger fût un terrain d'expérience pour diffuser cette stratégie de financement du secteur de la santé⁷. Ce système prenait des formes variées selon les contextes (forfait consultations + médicaments, consultations et médicaments payants, etc.), permettant aux formations sanitaires d'acheter elles-mêmes des médicaments essentiels et génériques (MEG) et d'assurer diverses dépenses de fonctionnement (achat de gaz pour la chaîne de froid, d'outils de gestion, de produits d'hygiène ; paiement des indemnités du percepteur communautaire, parfois d'un gardien ou manœuvre). Des comités de santé (le plus souvent des comités de gestion), formés avec des représentants de la population, assuraient la gestion du système, lequel a incontestablement permis un approvisionnement en

3 Le terme « gratuité » est largement utilisé par les acteurs dans les trois pays, et signifie que les prestations apparaissent comme « gratuites » au point de service pour l'utilisateur. Nous l'utiliserons donc parfois dans ce sens « émique ». Dans la mesure où il y a toujours un coût, quel que soit celui qui l'assume, c'est « exemption de paiement » qui est l'expression techniquement appropriée du point de vue des professionnels de santé publique.

4 Dans la mesure où les colonies françaises étaient censées financer leur budget sur la base de leurs ressources propres, c'était donc l'impôt qui finançait en grande partie cette « gratuité ».

5 Van Lerberghe and de Brouwere (2000).

6 Ridde (2007).

7 Diop, Yazbeck Bitran 1995.

médicaments relativement satisfaisant. L'instauration d'une forme de démocratie participative communautaire dans la gestion des centres de santé a eu des effets plus limités⁸.

Cependant le recouvrement des coûts a toujours connu, pour des raisons de santé publique, diverses exceptions sectorielles « par pathologie »: les vaccinations de masse (JNV) ou de routine dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), les soins relatifs à la tuberculose et la lèpre, les mesures contre les épidémies sont par exemple restés gratuits pour les usagers. Il était également prévu dans l'initiative de Bamako un système d'exonération de paiement « selon le revenu », pour les patients dans l'incapacité financière de payer les soins, mais ce système n'a jamais vraiment été mis en place. C'est dans la perspective de l'exemption « par pathologie » que, récemment, les médicaments (ARV) et une partie de la prise en charge du VIH-SIDA sont à leur tour devenus gratuits (le Sénégal ayant été le pays précurseur dans la région⁹), d'abord au Niger, puis au Mali, et enfin tout récemment au Burkina Faso. Par ailleurs, on notera 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 délivrés des soins parfois gratuits, mais surtout à bas coût.

Dans les années 2000, des critiques importantes à l'égard le recouvrement des coûts ont commencé à émerger, focalisées sur deux points. D'une part, les mesures d'accompagnement prévues lors de l'Initiative de Bamako en faveur des indigents n'avaient jamais été prises, et le système laissait donc de nombreux exclus pour raisons économiques à sa porte¹⁰. D'autre part, aucune avancée significative n'était visible au plan de la réduction de la mortalité maternelle et infantile, en particulier, et les objectifs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMS) dans le domaine de la santé restaient toujours hors de portée. Un nouveau paradigme¹¹ en faveur de l'exemption de paiement, débouchant parfois sur une revendication d'accès universel au système de santé, a donc émergé, tant chez certains spécialistes de santé publique que dans les ONG du domaine de la santé au Nord¹², mais aussi au sein des institutions internationales. L'agence de coopération du Royaume-Uni (DFID) a joué un rôle moteur dans certains pays anglophones de l'Afrique et à l'échelle internationale, mais la plupart des agences des Nations Unies ont rapidement emboité le pas ainsi que de nombreux chefs d'État d'Afrique et d'ailleurs en signant un document politique réclamant la mise en œuvre de cette solution¹³. L'Union Africaine vient

8 Boré, Jaffré & Touré, 2003 ; Balique, Ouattara, Ag Iknane 2001.

9 Taverne 2010.

10 Ridde 2008; Gilson & al. 2001.

11 On se réfère ici à la conception du paradigme politique de Hall 1993.

12 Cf. par exemple MDM-France, 2008 ; Ridde & Blanchet, 2008 ; Ridde, Robert & Meesen 2010.

13 The Global Campaign 2009.

aussi (juillet 2010) de clairement demander la suppression du paiement au point de service pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, traduisant certainement ainsi les idées dans l'air du temps, pour paraphraser Kingdon¹⁴, mais prenant acte aussi des décisions de certains chefs d'État ces dernières années¹⁵. Ce paradigme cumule un argument « d'équité » en faveur des plus pauvres (privés d'accès avec le recouvrement des coûts)¹⁶, et un argument de « levier », l'exemption du paiement devant accroître de façon significative l'accessibilité générale et la fréquentation de masse des formations sanitaires en levant la barrière financière¹⁷. Il s'y ajoutait un argument économique souvent avancé en faveur de l'exemption: le montant total des sommes recouvrées auprès des usagers était partout faible, rarement plus de 5% du budget total du fonctionnement des systèmes de santé.

Une même situation sanitaire

Burkina Faso, Mali et Niger connaissent les mêmes problèmes de santé publique. Les indicateurs sont mauvais, plus particulièrement dans le domaine de la santé maternelle et infantile, où sont intervenues en priorité les politiques d'exemption de paiement. Par exemple, dans ces trois pays, 15.000 femmes décèderaient chaque année pour des raisons liées à la santé maternelle¹⁸. Le tableau 1 résume quelques indicateurs de santé phares, étant entendu que les inégalités entre les sous-groupes de la population au regard de ces indicateurs sont criantes.

Dans les trois pays, ces indicateurs quantitatifs recouvrent trois séries de facteurs convergents : le dénuement du système public de santé ; la mauvaise qualité des soins ; les grandes difficultés financières (pauvreté) de la majorité des usagers. En effet, d'une part, les formations sanitaires sont en nombre insuffisant (problème d'accessibilité géographique) et sont peu fréquentées par les malades, les personnels compétents sont en nombre très insuffisant à travers tout le pays et notamment en zone périphérique, et le système de santé souffre d'un manque chronique de moyens matériels et financiers (le budget de la santé est faible et loin des engagements internationaux, les formations sanitaires sont sous-équipées, le petit matériel, les médicaments, et les intrants font régulièrement défaut). En second lieu, la qualité des soins délivrés laisse beaucoup à désirer : mépris des usagers anonymes, racket des patients, manque de conscience professionnelle,

14 Kingdon. 1995.

15 African Union 2010.

16 Selon les enquêtes EDMS de 2006 au Niger, 29,4% de la population n'aurait pas accès aux services de santé en raison de leur coût.

17 L'argument de « facilitation » a recouper les préoccupations politiques face aux échéances prochaines des OMD (2015) et la nécessité de trouver des solutions rapides (« *quick win* ») à la très faible utilisation des services de santé, qui apparaît comme une des causes des mauvais indicateurs de santé des populations.

18 WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. 2010.

mauvaise gestion des ressources humaines sont régulièrement dénoncés par les usagers¹⁹ et les journalistes²⁰.

Tableau 1 : quelques indicateurs comparatifs concernant les trois pays

	Burkina Faso	Mali	Niger
Taux de mortalité des moins de 5 ans (1.000)	169	194	167
Ratio de mortalité maternelle (100.000)	700	970	1800
Accouchements assistés par du personnel qualifié (%)	54	49	18
Prévalence de la contraception (%)	17	8	11
Prévalence du VIH chez les adultes 15-49 ans (%)	1,6	1,5	0,8
Couverture de la thérapie ARV parmi les personnes infectées (%)	35	41	10
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire (%)	10	27	7
Budget de l'État dévolu au secteur de la santé (%)	13,3	11,8	12,4
Dépenses de l'État <i>per capita</i> dans le secteur de la santé (US\$)	16	18	9

Source : World Health Statistic 2010

Enfin, le faible niveau de vie de la grande majorité de la population transforme vite toute dépense de santé en une « dépense catastrophique » (mettant en jeu la reproduction économique du ménage), en l'absence de toute couverture sociale et de réelle prise en charge des démunis (les dispositifs officiels d'aide aux indigents ne fonctionnant pas ou très mal).

Aujourd'hui le système de santé public est, dans les trois pays, de plus en plus concurrencé par deux types de circuits de soins modernes privés très différents²¹. Au niveau des milieux populaires (mais aussi plus largement), dans les campagnes comme dans les villes, ce sont les « pharmacies par terre », autrement dit les vendeurs informels (colporteurs ou étals) qui délivrent la majorité des médicaments modernes consommés (vendus souvent à l'unité, sans aucun contrôle de la qualité de ces médicaments souvent introduits en contrebande)²².

19 Cf. Jaffré & Olivier de Sardan, 2003. Certes les enquêtes rapportées dans cet ouvrage concernent, entre autres, le Mali et le Niger, mais pas le Burkina. Toutefois, les « relations soignants-soignés » n'y sont guère différentes selon diverses sources: cf. Ouattara, 2002 ; Gobatto, 1999.

20 Par exemple, voir l'article du 17 mars 2011 au Burkina Faso dans le journal Le FasoNet sur la subvention des accouchements.

21 Bien sûr, il existe aussi un recours non négligeable aux soins « traditionnels » (ou, souvent, « néo-traditionnels »), soit sous forme d'auto-médication populaire, soit en recourant aux services de divers « guérisseurs » spécialisés.

22 Cf. Chillio, 2003 ; Jaffré, 1999. Les circuits décrits par Carinne Baxerres (2010) au Bénin valent également pour les trois pays.

Dans les milieux urbains et les couches moins défavorisés, ce sont les cabinets infirmiers, les cabinets médicaux et les cliniques privées qui drainent la clientèle.

De mêmes difficultés quant à la mise en œuvre des politiques publiques

Les trois pays connaissent par ailleurs, plus généralement, une situation générale similaire au niveau des politiques publiques, que ce soit dans le secteur de la santé ou dans les autres domaines. Une même insuffisance des rentrées fiscales les rend dépendants de l'aide au développement (de 30 à 50% des budgets nationaux dépendant de financements extérieurs). Les principales politiques publiques sont en conséquence largement induites par les institutions internationales et les agences de développement : on constate de ce fait qu'elles sont très similaires d'un pays à l'autre, les « transferts » de politiques clés en main se multipliant au détriment de leur adaptation aux contextes nationaux²³. Les politiques d'ajustement structurel des années 80 ont considérablement fragilisé les administrations et les services publics, la corruption y est devenue largement répandue, les agents de l'État sont souvent démotivés. Les normes pratiques qui régulent *de facto* le comportement de ces derniers sont assez éloignées des normes officielles²⁴. Sur le terrain, les biens et services publics sont désormais co-délivrés par une série d'acteurs et d'institutions variés, faiblement coordonnés²⁵. L'État est assez largement considéré, par la majorité des citoyens, comme peu fiable, rendant ainsi la perception des populations dubitative quant à la capacité des États à rendre pérenne les projets pilotes d'ONG concernant la gratuité des soins²⁶.

La recherche comparative sur les exemptions de paiement : plusieurs défis

C'est la combinaison de ce contexte commun avec des modalités nationales différentes d'exemption de paiement qui fait l'intérêt de la présente recherche.

En effet, chaque pays a pris des voies spécifiques. Le Burkina Faso avait déjà supprimé le paiement des soins préventifs pour les groupes vulnérables (consultations des femmes enceintes et nourrissons) en 2002 dans le contexte de sa négociation avec la Banque Mondiale pour le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Puis en 2005 il a également rendu gratuite la prise en charge des cas de paludisme grave, tout cela étant évidemment des décisions officielles dont la mise en œuvre n'a pas toujours été effective. Il en avait été de même pour la prise en charge des indigents dans le cadre de l'Initiative de Bamako, jamais

23 Walt, Lush, Ogden. 2004.

24 Sur le concept de normes pratiques cf. Olivier de Sardan, 2001. Sur les normes pratiques dans la santé en Afrique, cf. Vasseur, 2009.

25 Cette co-délivrance renvoie à des modes de gouvernances locaux distincts : cf. Blundo & Le Meur, 2009 ; Olivier de Sardan, 2009, 2011 a et b.

26 Ridde, Diarra 2009.

vraiment été mise en œuvre. Puis, en ce qui concerne la santé maternelle et dans un contexte de négociation avec la Banque mondiale²⁷, le pays a procédé par étapes successives, en privilégiant une forte subvention (60-80% selon les services et le niveau d'accès aux soins dans la pyramide sanitaire) pour les accouchements eutociques comme pour les césariennes (laissant le solde à payer pour les usagers), et la distribution gratuite des moustiquaires (d'abord lors des CPN, puis désormais à l'échelle nationale en relançant la politique des agents de santé communautaire largement sous l'impulsion de l'UNICEF). Ensuite, il semble que les décideurs burkinabés souhaitent s'orienter vers une exemption totale pour les soins obstétricaux (selon une déclaration présidentielle de février 2010 et l'adoption d'un document de plaidoyer en septembre 2010 au conseil des ministres²⁸), mais ces déclarations n'ont pas encore été suivies de décisions. Il faut aussi signaler que le ministère de la santé a autorisé depuis septembre/octobre 2008 deux ONG internationales (HELP, Terre des hommes) à organiser une exemption totale du paiement des soins « pour des catégories dites vulnérables », autrement dit pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de cinq ans dans quatre districts du pays, ce qui concerne environ un million d'habitants. Enfin, notons qu'ont été menées des expériences locales de recherche-action en matière d'exemption de paiement « par revenu », spécifiquement pour les indigents (Ouargaye, Dori et Sebba au Burkina Faso, qui ont été reproduites à Tera et Mayahi au Niger²⁹).

Le Mali et le Niger ont quant à eux pris eux une série de mesures soudaines d'exemption sectorielle totale, à l'échelle de tout le pays, mais selon des procédures très différentes. Le Mali a opté pour la fourniture gratuite d'anti-paludéens (ACT pour les paludismes courants, sels de quinine pour les paludismes graves) et de moustiquaires pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (la consultation restant payante), et la gratuité des césariennes. Au Mali, une expérience pilote d'une ONG (MSF-OCB) dans le district de Kangaba a également testé en 2005 (donc avant l'État) la gratuité des ACT puis, face à l'absence d'effets de cette mesure sur l'utilisation des services de santé par les enfants, l'ONG a mis en place la gratuité totale fin 2006 dans 7 centres de santé pour l'étendre mi-2008 à tous les centres de santé du cercle³⁰. Mais cette ONG s'est retirée depuis mars 2011 et une ONG nationale est censée reprendre le projet.

Le Niger a opté pour une exemption totale des frais de consultations et de médicaments pour les enfants de moins de 5 ans, les consultations pré-natales, les services de planification familiale et les césariennes. Au Niger aussi, une ONG (HELP) avait précédé l'État en organisant la gratuité des soins dans les districts de

27 Ridde et al. 2011.

28 Document qui rappelle cependant que la gratuité des soins déresponsabilise les malades...

29 Cf. De Allegri, & al. 2010 ; Ridde, & al. 2010.

30 Ponsar et al. 2011.

Tera et de Mayahi en 2006 pour ensuite s'intégrer dans le système gouvernemental.

Il faut ici noter que, dans ces trois pays, ces projets pilotes d'ONG sont organisés (et financés à 100%) sous l'impulsion du bureau d'aide humanitaire de l'Union Européenne (ECHO) qui insère cette approche d'exemption du paiement des soins dans sa stratégie de lutte contre la malnutrition au Sahel³¹, l'accès au système de santé étant un des déterminants de la nutrition.

Cette diversité d'approches nationales pour des interventions publiques destinées à faciliter l'accès aux services de santé, dans des pays relevant de situations globales similaires, est évidemment un défi comparatif.

Un second défi est d'ordre méthodologique. Nous avons en effet combiné les approches quantitatives (habituelles en épidémiologie et en santé publique) et les approches qualitatives (relevant de la socio-anthropologie)³². Cette combinaison est plus souvent souhaitée que réalisée, malgré des progrès récents dans le champ de la santé (cf. approches méthodes mixtes), et pose des problèmes complexes : comment co-produire une problématique commune ? Comment une des deux approches peut-elle poser des questions auxquelles l'autre approche tentera de répondre³³ ? Comment articuler les deux approches tant dans la production de données que dans l'interprétation ?

Le troisième défi est d'ordre plus « politique », au sens large. Notre programme de recherche touche en effet des sujets sensibles, à forte connotation idéologique, pour les décideurs, pour les militants dans le secteur de la santé, et parfois pour les chercheurs eux-mêmes. Il entend aider les responsables des politiques publiques en matière d'exemption de paiement dans les trois pays à améliorer ces dernières, et pour cela, il procède à un diagnostic rigoureux des problèmes quels qu'ils soient. Mais ce langage franc et fondé sur de sérieuses enquêtes, prononcé par une recherche indépendante, peut surprendre des responsables politiques habitués à consulter les données des services officiels ou à commanditer des études et des évaluations auprès de consultants soucieux de l'utilité immédiate de leurs travaux et se situant dans la perspective définie par leurs commanditaires: dans les deux cas, les analyses produites ne sont pas réellement indépendantes, et la censure et l'auto-censure y sont fréquentes. De plus, le langage des responsables politiques tend en général à faire l'apologie des actions menées une fois les décisions prises, et à sous-estimer les difficultés rencontrées. Enfin, le fort degré de personnalisation de ces politiques souvent décidées soudainement par le Président au pouvoir (comme cela a été le cas au Mali et au Niger, et vient d'être le cas début 2011 en Guinée Conakry par exemple) engendre parfois des réactions de défense d'acteurs qui se croient mis en cause par la mise en évidence de problèmes absents des discours officiels.

31 Sur la crise alimentaire au Niger, voir le numéro spécial Afrique Contemporaine. 2008, 225.

32 On doit y ajouter la réalisation d'un film par Malam Saguirou.

33 Cela vaut dans les deux sens.

Nous avons eu déjà un exemple de ces difficultés avec la note d'information diffusée par l'équipe du Niger, qui a entraîné diverses incompréhensions du côté du Ministère de la santé ou de ses partenaires techniques et financiers³⁴.

Mais il doit être clair que, pour l'équipe de ce programme, il ne s'agit en aucun cas ni de dénigrer telle ou telle politique publique, ni de mener des attaques personnelles. Nous pensons au contraire qu'en soulignant diverses difficultés, nous pouvons contribuer à la fois à aider les responsables à réfléchir à l'introduction d'ajustements ou de réformes nécessaires, et à susciter un débat qui a parfois manqué dans les trois pays (c'est ce que disent les personnels de santé comme les comités de santé, qui n'ont peu ou pas été consultés avant ces décisions...et après).

34 Nous développerons cet aspect dans le rapport final, car il pose de sérieuses questions sur la capacité des institutions chargées des politiques publiques à tenir compte des résultats d'une recherche indépendante et rigoureuse.

I. LES EXEMPTIONS EN SÉRIE DES ANNÉES 2000

Dans les trois pays, une série de mesures d'exemption de paiement des usagers ont été prises à partir du milieu des années 2000, en fait au « coup par coup », les unes après les autres, sans réflexion globale et sans avoir été prévues dans les documents des politiques de santé et autres plans de développement sanitaire, mais qui ont à l'arrivée modifié de façon significative dans les trois pays le fonctionnement d'un système de santé qui reste partout basé sur le recouvrement des coûts. On peut donc parler d'une nouvelle « politique de la gratuité » sélective (c'est-à-dire centrée sur des publics cibles ou des services particuliers) enchâssée dans le recouvrement partiel des coûts qui reste partout la politique officielle de financement du secteur de la santé. Les deux modalités co-existent donc, selon des architectures diverses.

Aux anciennes exemptions (tuberculose, lèpre, vaccinations infantiles, ver de Guinée, noma, fièvre jaune) sont venues s'ajouter en rafales dans les années 2000 : la prise en charge et la prévention du VIH/Sida - ARV, médicaments anti infections opportunistes, préservatifs, réactifs et autres intrants - (gratuité au Niger, Mali, Burkina Faso) ; les césariennes gratuité au Mali et Niger, forte subvention au Burkina Faso) ; les accouchements (forte subvention au Burkina Faso, gratuité envisagée au Niger) ; les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans (gratuité totale au Niger ; gratuité des traitements anti-paludéens - paludisme simple et paludisme grave - au Mali ; gratuité du paludisme grave au Burkina Faso; forte subvention des anti-paludéens avec distribution communautaire au Burkina Faso ; gratuité des moustiquaires imprégnées au Mali, au Niger, au Burkina) ; les cancers féminins (gratuité au Niger) ; les contraceptifs (gratuité au Niger). Des discussions ont même cours au Niger à propos d'une éventuelle politique d'exemption du paiement pour les personnes âgées, à l'instar du Sénégal (où le plan Sesame est particulièrement inefficace également).

On distinguera toutefois ici la gratuité des moustiquaires et des ARV, qui ont une autre origine, et posent des problèmes distincts, des autres formes d'exemption, la césarienne d'une part, les soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans, d'autre part, qui sont au centre des politiques d'exemption et de notre recherche.

Les moustiquaires

Il s'agit ici d'une pratique ancienne de distributions gratuites de moustiquaires imprégnées qui était ciblé sur les femmes enceintes et les jeunes enfants, définies comme des populations dites « vulnérables ». Ces distributions ne sont pas nécessairement opérées par les formations sanitaires, même si ce sont le plus souvent à ces dernières qu'on a confié cette tâche en la couplant la plupart du temps avec les CPN, selon la croyance que la distribution de cet intrant allait augmenter la couverture de cet acte. Depuis les années 90 l'UNICEF, et d'autres

acteurs ont partout en Afrique mené cette politique, à travers les systèmes de santé nationaux. On connaît donc déjà les problèmes de ce type d'interventions centrées sur la distribution d'intrants, que nos enquêtes au Burkina Faso, au Mali et au Niger ont confirmés³⁵. Du côté du dispositif de distribution, les quantités sont souvent insuffisantes et les ruptures de stocks sont fréquentes, ce qui pose de gros problèmes de répartition de la pénurie et d'établissement des critères du droit d'accès (avec les inévitables soupçons de favoritisme, ou la transformation de la moustiquaire en « récompense »). Du côté des utilisateurs, on mentionnera la non utilisation (incommodité ou chaleur), les dons à des publics non prioritaires (au mari ou à la belle-mère), la revente, l'absence d'entretien, etc.

Le Burkina Faso vient de faire le choix (grâce au Fonds Mondial) d'une distribution générale (7 millions) de moustiquaires pour l'ensemble du pays. Si l'analyse de la mise en œuvre sera effectuée par notre équipe dans un prochain rapport, le fait que la distribution commence très largement après la fin de la période endémique du paludisme montre les problèmes récurrents de logistique et les particularités de certaines passations de marchés publics.

Les ARV

Au Niger, le passage à la gratuité des ARV s'est opéré discrètement en 2005, sans lien avec les autres gratuités « présidentielles » (voir *infra*) qui ont suivi. Au Mali, par contre, la gratuité des ARV décidée en 2004 par le Président Toumani Touré a fait partie du « package présidentiel » (mais elle fait suite à une série de mesures intermédiaires prises par le Président précédent³⁶). Enfin, au Burkina Faso, qui a toujours été hostile jusqu'à récemment à toute forme de gratuité totale (tel qu'en témoigne le choix de subventionner et non de supprimer le paiement pour les soins obstétricaux ou les CTA) et préférait la vente subventionnée permettant une participation financière (présentée comme surtout symbolique) de l'utilisateur, c'est la gratuité récente des ARV au 1^{er} janvier 2010 (annoncée par le Président Compaoré lors de ses vœux de fin d'année) qui a ouvert la brèche de la gratuité dans le système de santé public (la gratuité des ARV existait déjà dans le circuit des associations et organisations caritatives, non sans poser des problèmes d'équité³⁷).

Mais, quoi qu'il en soit, le contexte de l'exemption de paiement pour les ARV est très spécifique, puisque étroitement lié à un fort mouvement international, à la fois militant et médical, pour la gratuité des tests et des médicaments associés au VIH-SIDA. Ce mouvement a eu aussi des relais nationaux, avec des associations dans les trois pays, un plaidoyer local, des interventions dans les médias, parfois des marches. Par ailleurs, la diffusion des ARV génériques, l'existence de financements internationaux très importants (Fonds mondial, fondations, etc...),

35 Voir aussi : Meessen et al. 2009.

36 Alpha Konaré avait en effet décrété en 2002 la gratuité des ARV pour les enfants, les médecins soignants et les membres actifs d'associations de PvVIH (Personnes vivant avec le VIH).

37 Ridde, Somé, Pirkle, submitted.

la présence d'ONG médicales assurant un fort appui technique (SOLTHIS, ESTHER, etc..) et la collaboration d'associations de Personnes vivant avec le VIH (PvVIH) aux dispositifs de dépistage et de prise en charge sont des facteurs là encore très particuliers, qui distinguent fortement les politiques de santé face au VIH-SIDA de celles qui régissent les autres maladies et le système de santé en général. Cet environnement associatif, technique et financier très favorable est unique dans le domaine de la santé, et explique sans doute que, malgré divers difficultés, et des ruptures répétées mais brèves en ARV ou en réactifs, le système de prise en charge des files actives fonctionne pour l'essentiel de façon plutôt satisfaisante³⁸, même si la couverture des besoins reste encore à améliorer.

Une zone grise existe cependant autour de l'extension du périmètre de la gratuité au-delà des seuls ARV et tests de dépistage : jusqu'à quel point les traitements contre les infections opportunistes et les analyses de laboratoires et autres explorations fonctionnelles sont-ils pris en charge ? La réponse n'est pas claire. En outre, au Burkina Faso, les bilans pré-thérapeutiques et le suivi biologique ne sont pas exemptés, alors qu'ils le sont au Mali et au Niger. L'aide alimentaire fait aussi débat³⁹. Les dépenses autres que les ARV sont en effet importantes pour les Pv-VIH et finalement, les « trous » de la gratuité pour ces malades sont encore béants.

Quoi qu'il en soit, le plaidoyer militant « pro-gratuité » autour des ARV et du VIH-SIDA a sans doute ouvert la voie à la montée en puissance des politiques plus générales d'exemption de paiement⁴⁰, bien que les acteurs associatifs impliqués dans cette lutte spécifique ne se soient semble-t-il guère mobilisés au-delà de leur périmètre d'exemption spécifique.

La césarienne

La prise de conscience du problème de l'accès financier à la césarienne est ancienne. Il s'agit typiquement d'une « dépense catastrophique » pour de nombreuses parturientes. Or, la rapidité de l'intervention est un facteur essentiel de lutte contre la mortalité maternelle, et la nécessité pour le mari et la famille de trouver dans l'urgence la somme nécessaire peut être un facteur de mortalité⁴¹.

On ne s'étonnera donc pas que la gratuité de la césarienne ait été décidée dès 2005 au Mali et au Niger (où elle a été la première mesure de la vague des nouvelles

38 Une comparaison avec la prise en charge également gratuite, mais très ancienne, des tuberculeux, d'ailleurs aujourd'hui connectée avec la lutte contre le VIH-SIDA, serait à cet égard intéressante.

39 Pour le Niger, cf. Diarra & Moumouni, 2007.

40 On peut prendre la déclaration « Free by 5 » du 14/03/2002, qui associe des institutions internationales (Banque mondiale, UNICEF) et des ONG (MSF) comme un indicateur du « changement de vent ». On y lit : « *Nous sommes convaincus que pour le respect des droits de l'homme, mais aussi pour des raisons économiques et de santé publique, tout le monde devrait avoir accès gratuitement à un ensemble minimum de soins de santé intégrés, dont les traitements ARV.* » (cf. rapport de l'équipe Mali).

41 Richard, Witter, de Brouwere, 2008.

gratuités), et qu'elle soit envisagée au Burkina Faso après avoir décidé de sa subvention à hauteur de 80% en 2006. Par ailleurs, la pression des élites féminines nationales a joué en faveur de ces mesures. On sait que les sages-femmes sont souvent les épouses des hauts fonctionnaires et hommes politiques (au Mali, c'est même le cas de l'épouse du Président)⁴².

En Niger, la procédure choisie a été de rembourser ex-post les césariennes aux hôpitaux sur la base d'un forfait (comprenant la prestation chirurgicale, les coûts d'hospitalisation, les examens préopératoires et les produits)⁴³. Au Mali, le remboursement forfaitaire porte sur la prestation chirurgicale, les coûts d'hospitalisation et les examens préopératoires, alors que les produits sont par ailleurs fournis gratuitement en kits (mais il a fallu attendre 4 ans après la décision de gratuité pour qu'un arrêté ministériel fixe définitivement les modalités de remboursement⁴⁴).

Dans les deux pays, le transport en ambulance n'est pas inclus dans le paquet de services concernés. Ainsi, cela pose problème dans la mesure où c'est un facteur décisif de l'intervention, dont le coût peut atteindre ou dépasser le coût de l'intervention chirurgicale elle-même⁴⁵. Certains dispositifs, plus ou moins fonctionnels, existent toutefois à ce niveau: un système de caisses de solidarité pour les évacuations au Mali, qui connaît cependant diverses difficultés notamment depuis la décision de l'exemption du paiement car beaucoup de personnes ont cru que cette exemption concernait aussi la contribution financière aux caisses ; l'équipement des districts en ambulance par l'ancien programme spécial du Président, au Niger, qui laisse entier la question du coût de l'essence (et a entraîné la généralisation informelle de « centimes additionnels », perçus sur tous les usagers, y compris ceux bénéficiant de la gratuité – donc tous les malades, sans prendre en compte leur capacité à payer – pour faire face à ces frais).

Au Burkina Faso, les soins obstétricaux d'urgence sont subventionnés (comme l'accouchement eutocique). Les frais associés aux actes et aux produits pour la réalisation des césariennes sont directement remboursés par l'État, dans un premier temps sur la base d'un forfait (dont le montant avait été mal calculé⁴⁶) et

42 Sans doute est-ce ce poids qui explique aussi la décision surprenante de la gratuité des cancers féminins au Niger : c'est en effet une mesure coûteuse, qui ne profite guère qu'à une élite urbaine en mesure de se faire dépister.

43 Le montant remboursable est de 35 000 FCFA pour les hôpitaux de districts, 50 000 FCFA pour les maternités de référence régionales, et 80 000 FCFA pour les maternités de référence nationales. Il semblerait que le coût réel de la césarienne à la maternité de référence de Niamey soit nettement supérieur (120.000 FCFA), mais que par contre son coût réel dans les hôpitaux de district soit inférieur au forfait.

44 Le montant remboursable pour une césarienne simple est de 30 000 F CFA et 42 000 FCFA en cas de complications.

45 Une autre recherche à Kayes au Mali a ainsi montré que l'augmentation de la césarienne après la gratuité a surtout bénéficié aux femmes résidant dans les localités où le service est disponible (Fournier et al, 2011).

46 Ridde, et al. 2011.

aujourd'hui, semble-t-il, sur la base des dépenses réelles (factures), ce qui n'est pas sans avoir posé des problèmes et provoqué des stratégies d'adaptations des acteurs. Un rapport en faveur du passage à la gratuité de la césarienne et des accouchements a été adopté en conseil des ministres en septembre 2010, mais la mise en œuvre est encore en discussion et le rapport est introuvable. Au niveau du transport, il est prévu que les femmes soient exonérées du paiement de l'évacuation par l'ambulance du district entre le centre de santé et l'hôpital, le district étant remboursé par l'État d'un montant forfaitaire de 10.000 F CFA. Mais le problème du transport entre le village et le centre de santé de première ligne n'a pas été pris en compte, comme il ne l'est pas non plus au Mali et au Niger.

Les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans

C'est de loin la mesure d'exemption de paiement qui touche le plus de monde, mais aussi qui pose le plus de problèmes. En effet, les consultations pré-natales et les consultations pour les enfants de moins de cinq ans forment la majorité des consultations des formations sanitaires de premier niveau, et assurent donc la majorité de leurs recettes dans le cadre du recouvrement des coûts⁴⁷. Parmi les motifs de consultation, le paludisme est de très loin en tête⁴⁸. La gratuité intervient donc au centre même du système du recouvrement des coûts⁴⁹.

Au Burkina Faso, conformément à la politique nationale de subvention et non de gratuité, les ACT ont été fortement subventionnés (passage de 750 à 300 FCFA, soit 40%, à partir de 14 ans, de 600 à 200 FCFA, soit 33 %, pour les enfants de 6-13 ans, et 100 FCFA sans changement pour les moins de cinq ans). Un programme de distribution des ACT pour les enfants de moins de cinq ans par les agents de santé communautaires (ASC) vient d'être lancé à l'échelle nationale sans test préalable. Alors que les ACT sont payés par le Fonds Mondial, les ASC vont appliquer un système de recouvrement des coûts. Les ACT sont achetés 75 FCFA par les ASC aux centres de santé et revendus 100 FCFA aux usagers. Une prime mensuelle (5.000 FCFA) s'ajoute à ce bénéfice. Les centres de santé devant acheter eux mêmes ces ACT au dépôt répartiteur du district au même prix auquel ils les revendront aux ASC, la prise en charge des coûts d'approvisionnement est toujours en discussion. À cela, s'ajoute le risque d'une réduction mécanique des

47 Les consultations pré-natales étaient parfois déjà gratuites, comme au Burkina Faso. Au Niger, les produits étaient fournis par les institutions (UNFPA), la femme payait uniquement le carnet).

48 Le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité au Niger, avec 25,63 % des consultations de médecine et 54,35 % des décès en 2006 (enquête EDS 2006). Il en est de même au Burkina Faso où il représentait 14,8 % des motifs de consultations en 2008.

49 La lutte contre le paludisme a connu un tournant important, avec le changement de protocole thérapeutique dû aux résistances aux traitements classiques : désormais ce sont les ACT (appelés en français CTA, combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine), plus coûteux, qui constituent la base des traitements curatifs : même sous leur forme générique récente, leur coût est nettement plus élevé que la nivaquine). Le coartem recommandé dans le schéma thérapeutique national du Niger pour le traitement du paludisme coûte autour de 4.000 FCFA dans les pharmacies privées.

bénéfices des comités de gestion, puisque les ASC vont traiter à domicile des malades qui avant allaient, en partie, acheter des médicaments au centre de santé.

Au Mali, où les femmes enceintes bénéficiaient déjà d'un traitement gratuit, l'option retenue en 2007 a été de fournir gratuitement les formations sanitaires en tests rapides et en kits anti-paludéens pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans: un kit simple (à base d'ACT), et un kit complication (à base de sels de quinine). Dans ce cas de figure, les consultations restent à la charge de l'utilisateur, seuls les produits sont gratuits.

Au Niger, un tout autre choix a été fait en 2006. Les consultations et les produits sont délivrés gratuitement au point de service pour les enfants de moins de 5 ans, quelles que soient les pathologies. L'État intervient en tant que tiers payant, en remboursant les formations sanitaires sur la base d'un forfait « consultation + médicament ».

Mais au Mali comme au Niger la mise en œuvre a rencontré de nombreux problèmes.

II. UNE COMPARAISON MALI-NIGER

Tant dans l'élaboration des mesures d'exemption que dans leur mise en œuvre, la comparaison ouvre des perspectives intéressantes : dans des configurations très différentes, de nombreux points communs sont rencontrés, en particulier relatifs aux capacités de l'État à adapter son système de santé à l'introduction de ces innovations politiques. Nous insisterons d'abord sur la comparaison entre Mali et Niger, qui ont tous deux opté pour des gratuités sectorielles totales, mais avec des dispositifs très différents.

Les processus d'élaboration et de décision

Au Mali comme au Niger, les mesures d'exemption ont été très personnalisées autour du Président de la République. Sur fond d'arrière-plan électoral, elles ont été présentées comme un « cadeau » du Président au peuple, avec un discours moral fort, autour de la lutte contre la pauvreté, de la générosité du chef de l'État, et du caractère national, voire nationaliste, des mesures prises.

En même temps, les pressions extérieures en faveur de ces mesures étaient nombreuses. Les objectifs 4, 5 et 6 des OMD, concernant la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et les priorités de santé publique, apparaissaient comme de plus en plus difficiles à atteindre, les avancées sur ce plan ayant été très faibles, le Mali et le Niger étant parmi les derniers de la classe. Au-delà de cette pression d'ordre général, il y eu des pressions plus spécifiques et précises. Au Mali, la nécessité d'être éligible pour le Fonds mondial, après avoir été « recalé » précédemment, a joué un rôle important. Au Niger, au cours de négociations avec la Banque mondiale, celle-ci aurait fortement « recommandé » des mesures d'exemption, qui auraient été prises précipitamment pour débloquer les négociations. Enfin des actions de plaidoyer d'ONGs sont aussi intervenues, comme MSF-OCB au Mali. Au Niger, les polémiques autour de la crise alimentaire de 2004-05 et de la malnutrition infantile ont sans doute aussi pesé.

Les décisions d'exemption représentent donc un mélange paradoxal de volontarisme présidentiel et de pressions externes.

Il est vrai, en tout cas, que ces décisions ont été des décisions nationales, revendiquées comme souveraines par les responsables politiques, ce qui tranche peut-être avec le fait que, dans le domaine de la santé en particulier, ce sont bien souvent les organisations internationales et les partenaires qui sont au cœur des réformes des politiques publiques, on le voit encore aujourd'hui avec l'introduction du financement basé sur la performance. Mais elles ont été aussi prises dans une grande précipitation, et sans préparation. Certes, des processus de réflexion sur ce sujet étaient depuis peu en cours au Mali et au Niger, dans de petits cercles de réflexion, plutôt informels, au niveau de quelques experts nationaux et internationaux. Mais la décision a été politique avant d'être

technique, annoncée soudainement et de façon publique, prenant de court et par surprise, non seulement les agents sur le terrain, mais aussi les techniciens des Ministères. Ces derniers durent tout à coup se mobiliser pour définir en hâte des dispositifs, des procédures et des textes, par petits bouts et de façon en général incomplète et parfois tardive. Les textes d'applications ou les manuels de procédures ont parfois mis des mois ou même des années après le lancement de ces mesures avant d'être élaborés et distribués aux agents de première ligne, lorsque cela a été fait.

Manifestement, au Mali comme au Niger, l'ampleur des problèmes pratiques soulevés par ces décisions a été complètement sous-estimée. Le passage à l'échelle a été décidé brutalement, sans qu'il y ait eu des expériences pilotes nationales préalables. Seules des ONG extérieures avaient entrepris des tests, mais ceux-ci n'avaient pas fait l'objet d'évaluation au moment où les décisions ont été prises, ni quant à leurs effets sur le terrain, ni quant à la capacité de l'État à les reproduire. Au Mali, il y avait une expérience de gratuité sectorielle partielle puis totale menée par MSF-OCB (avec des modalités de fonctionnement impossibles à reprendre par l'État : médicaments venant de France, salaires des agents de santé communautaire et primes aux agents de santé payés par l'ONG, etc.), mais c'est un tout autre dispositif qui a été retenu au plan national. Au Niger, il y avait une expérience en cours de gratuité sectorielle totale mieux intégrée dans le système de santé, mais pas totalement cependant, menée par Help qui était non évaluée lors de la décision⁵⁰ (une autre était en préparation avec MDM-F qui attendait que l'État décide de la gratuité avant de l'appuyer contrairement à Help). Il faut d'ailleurs souligner que les exemptions de paiement menées par des ONG sont des expériences « sous perfusion forte », entièrement financées par l'extérieur et ne se limitant pas à la seule exemption du paiement (formation des personnels, suivi et supervision, réhabilitation, primes, etc.). Elles ne sont donc pas significatives de la capacité de l'État à faire fonctionner par lui-même un dispositif de gratuité⁵¹. Il n'y a eu ni étude budgétaire préalable, ni étude de faisabilité (au Niger l'étude faite par des experts de la Banque mondiale, qui mettait en évidence le coût très important de ces mesures et les nombreuses conditions nécessaires, a été rejeté par le Ministère de la santé)⁵². Il a fallu une bonne dose d'improvisation, et un travail acharné des acteurs impliqués, pour bâtir dans l'urgence l'architecture complexe

50 Cf. Ridde, Diarra & Moha, 2010. Cet article s'appuie sur l'évaluation de l'expérience de Help, menée par les auteurs (Ridde & al., 2009).

51 Il faut d'ailleurs souligner qu'il en avait été de même lors du passage au recouvrement des coûts dans les années 1980 : deux expériences, sur la base de deux systèmes de recouvrement différents, avaient été menées au Niger par des institutions extérieures (Coopération belge et Banque mondiale), mais le choix d'un système particulier de recouvrement des coûts et son application à l'échelle nationale ont été décidés sans attendre les évaluations de ces expériences.

52 Cette étude chiffrait à environ 11 milliards FCFA annuels le coût de l'exemption pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Mais on notera aussi que cette étude affirmait, à l'encontre des données probantes internationales et de celles du Niger sur le sujet, que « aucune étude ne montre dans quelle mesure le recouvrement des coûts constituerait un obstacle à la fréquentation des formations sanitaires ».

des dispositifs organisationnels, techniques et financiers nécessaires à l'application de ces décisions.

Au Niger, le budget 2007 pour la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans a été voté en toute hâte : il s'est avéré à la fois totalement sous-estimé (trois milliards, dont un milliard est venu finalement de l'aide budgétaire, au lieu des sept milliards nécessaires), et en même temps totalement irréaliste (seuls 70 millions, soit 4 % seulement, ont été effectivement versés)⁵³. Au Mali, la décision d'acheter des millions de doses d'un ACT spécifique a été prise sans que des tests aient été effectués sur les effets secondaires de cette molécule (qui se sont avérés indésirables et ont dissuadé de nombreux usagers, ainsi que des personnels de santé, de recourir à ces ACT) ; l'exonération des douanes pour l'importation des moustiquaires devant être distribuées gratuitement n'a été obtenue que plus de 2 ans après la décision.

L'affirmation que ces décisions étaient souveraines et s'appuieraient sur des financements nationaux s'est donc heurté à une impréparation des structures de l'État, et, dans le cas du Niger, à une incapacité de l'État à assurer ses propres engagements financiers (les premières années de remboursements – partiels, en fait : cf. infra - de l'État aux formations sanitaires n'ont pu tenir que grâce à une aide française négociée en catastrophe pour sauver le système)⁵⁴.

Dans les deux pays, les personnels de santé ont été mis soudainement devant le fait accompli, sans discussions préalables ni préparation. Les mesures d'information et de communication ont été prises après coup, et ont été considérées en général comme incomplètes et insuffisantes. En fait, de très nombreux personnels de santé se déclarent, en privé, hostiles à ces mesures, ou, au minimum, perplexes quant à leur efficacité, et sceptiques quant à la capacité de l'État à assurer leur pérennité. L'opposition interne au paradigme de l'exemption est importante au Mali comme au Niger (cf. infra), chez les personnels de santé d'abord (soit parce qu'ils sont fidèles au paradigme du recouvrement des coûts, auxquels ils ont été formés depuis 20 ans, soit par méfiance envers les capacités de l'État à tenir ses engagements), mais aussi au sein des autres institutions concernées (comme les Ministères des finances). Cette opposition interne a été contournée sans débat, sans recherche de consensus, par un passage en force.

Au total, dans les deux pays, le recouvrement des coûts reste la règle, mais le périmètre des exceptions s'est soudainement considérablement élargi, jusqu'à ce

53 Pour les césariennes, la situation a été différente : cette mesure a été prise un an avant la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, et son budget (704 000 000 FCFA), voté selon une procédure d'urgence après le vote de la loi des finances, a été effectivement payé en 2007 aux structures de santé ayant pratiqué la césariennes en 2006.

54 Il est à noter que les partenaires techniques et financiers (PTF) intervenant dans le secteur de la santé n'ont pas été avertis des ces mesures, ni au Mali ni au Niger (en dehors de la Banque mondiale). Le paradoxe, dans le cas du Niger, est que cette mesure souveraine, décidée sans la consultation des PTF, nécessite impérativement, pour être mise en œuvre, un financement de ces mêmes PTF.

que, en particulier dans le cas du Niger, l'équilibre même du système du recouvrement soit menacé (voir *infra* l'étude réalisée par notre équipe dans trois districts), du fait, dans le processus de mise en œuvre, de l'incapacité de l'État à jouer de façon efficace son rôle de tiers payant.

Les processus de mise en œuvre

Nous présenterons ici, parmi d'autre, huit éléments comparatifs qui convergent en ce qui concerne la mise en œuvre de ces exemptions au Mali et au Niger.

1. Les dispositifs très différents du Mali et du Niger connaissent en fait des goulots d'étranglement de même type au niveau des formations sanitaires qui mettent en œuvre l'exemption de paiement: la délivrance d'un service gratuit à l'utilisateur est menacée par des ruptures fréquentes d'approvisionnements en produits (dans le cas du Mali), par des retards considérables dans le remboursement des factures aux formations sanitaires, qui empêchent celles-ci de s'approvisionner en produits (dans le cas du Niger)⁵⁵ ou suscitent en tout cas des problèmes de gestion (au Mali, pour les prestations chirurgicales lors des césariennes). C'est évidemment le principal dysfonctionnement du système, dans les deux cas.

2. Une seconde caractéristique commune est le caractère très complexe des procédures et de la logistique comptable. Les outils de gestion sont nombreux et demandent du temps pour les remplir. Une avalanche de fiches, de registres, de factures, de bordereaux est nécessaire pour tenir la comptabilité des produits gratuits (au Mali) et des forfaits remboursables (au Niger). Cette complexité bureaucratique pèse d'abord sur les formations sanitaires délivrant les prestations (au Mali : les responsables des pharmacies des CScom et les gestionnaires des CSref ; au Niger, les gestionnaires des CSI et des maternités), mais aussi sur les échelons intermédiaires (au Mali les pharmacies des CSref, au Niger les équipes cadres de district et les directions régionales), et sur les échelons centraux (au Mali la PPM, au Niger la cellule gratuité et le Ministère des finances). Le papier, le stylo, les calculatrices et l'informatique sont lourdement mis à contribution et non financés par la politique de gratuité.

3. Dans les deux cas, l'articulation entre ce que doit payer l'utilisateur et ce qui lui est délivré gratuitement est assez confuse. Les périmètres respectifs des deux paradigmes (recouvrement/exemption) s'emboîtent fréquemment, et le dispositif général est particulièrement complexe⁵⁶. Dans l'espace même de la « gratuité », l'utilisateur ne sait jamais très bien quand il est ou non exempté de paiement. Au Mali, la consultation pour les enfants de moins de cinq ans est payante, mais les médicaments anti-paludéens sont gratuits (lorsqu'ils sont disponibles), alors que les médicaments pour les autres pathologies (qui parfois se combinent au

55 Au Mali les césariennes cumulent les deux dysfonctionnements : un retard dans le remboursement des factures (pour les prestations chirurgicales) et des ruptures de stock (pour les kits de produits).

56 Cf. schémas en annexe.

paludisme) ne le sont pas. Au Niger, la perception au niveau de la plupart des districts de « centimes additionnels » pour financer l'essence des ambulances de référence-évacuation impose le paiement par chaque patient d'un ticket de 100 FCFA y compris sur ceux qui viennent pour une consultation dite « gratuite ». Par ailleurs, partout, la frontière de cinq ans est évidemment arbitraire et tend à être contournée ou déplacée par les uns et les autres.

4. Le manque d'information en direction des usagers est déploré au Mali comme au Niger, malgré l'existence de brochures ou de fiches parfois fort explicites, quoique souvent tardives et rarement traduites en langues nationales. Mais ce manque d'information est aussi vrai en direction des personnels de santé, qui estiment avoir appris par la radio la nouvelle politique (dès le lendemain de cette annonce, certains patients réclamaient la gratuité alors que les mesures d'accompagnements n'étaient pas en place).

5. Partout les personnels de santé sont perplexes face à ces réformes, voire franchement hostiles. Nous n'avons jamais rencontré au niveau des formations sanitaires de soutien systématique en faveur de l'exemption telle qu'elle est mise en œuvre (un tel soutien s'exprime parfois par contre chez quelques rares responsables de santé publique). Les personnels de santé, au Mali comme au Niger, se plaignent du surcroît de travail non rémunéré que cela implique pour eux (c'est l'éternel problème des « motivations » c'est-à-dire des primes). Une autre cause de réticence des agents est la question des « paiements informels » (prélèvements indus sur les malades, ventes illégales de médicaments, cadeaux forcés, etc.) rendus plus difficiles à percevoir. Enfin, les tensions entre personnels de santé et usagers semblent avivées par les confusions entre ce qui est gratuit et ce qui ne l'est pas, et surtout par les ruptures de stocks de produits. Les usagers sont prompts à accuser (en général à tort) les personnels de créer eux-mêmes ces pénuries ou en tout cas d'en profiter pour réserver les produits gratuits à leur « PAC » (parents, amis et connaissances) ou vendre ou faire vendre d'autres produits payants à la place. C'est le cas lorsque que manquent les moustiquaires. C'est le cas au Mali quand, faute de kits « palu grave », les anti-paludéens correspondant sont vendus. C'est le cas au Niger quand, en l'absence de médicaments, du fait des retards de paiement de l'État, les personnels de santé délivrent des ordonnances qu'il faudra acheter⁵⁷.

6. Il n'existe pas de système de suivi-évaluation indépendant et rigoureux. Les seuls chiffres dont se servent les administrations de la santé pour communiquer sur ces politiques d'exemption sont ceux, pas toujours fiables, que l'on peut extraire des rapports fournis par les formations sanitaires et les directions concernées. S'ils mettent en évidence les augmentations dans la fréquentation (oubliant souvent de comparer avec les données précédant les politiques d'exemptions sur une échelle temporelle suffisamment longue pour percevoir de

57 Une directive ministérielle récente ayant interdit aux agents de délivrer des ordonnances pour des produits à acheter à l'extérieur, ceux-ci n'utilisent plus en effet de feuilles d'ordonnance à en tête de la formation sanitaire, mais portent leurs prescriptions sur de simples bouts de papiers.

véritables changements de tendances), ils gomment tous les problèmes rencontrés sur le terrain. Les ruptures de stocks ou les graves conséquences qu'ont au niveau des formations sanitaires les retards de remboursements, très variables selon les formations sanitaires, n'y apparaissent par exemple rarement. La qualité des soins gratuits n'est jamais évaluée. Au Niger par exemple, le comité de pilotage et de suivi de la gratuité des soins n'a été créé qu'en mai 2010, plus de trois ans après le démarrage.

7. Un nouveau type d'inégalité entre formations sanitaires est apparu à la faveur des mesures d'exemption, entre celles qui sont soutenues par des « projets » (des ONG ou intervenants extérieurs) qui appuient la gratuité (et permettent par leurs financements ou leur assistance technique pour éviter les ruptures de stocks) et celles qui ne bénéficient pas de ce type de « perfusions » et connaissent en conséquence de grosses difficultés dans la mise en œuvre de la gratuité.

8. Paradoxalement, alors que les discours officiels promeuvent la déconcentration et la décentralisation, les dispositifs d'exemption, très verticaux, aboutissent à une re-centralisation et une re-concentration, et fragilisent les structures de gestion décentralisées qui avaient été mises en place depuis une vingtaine d'années (ASACO au Mali, COGES et COSA au Niger). On a parfois l'impression d'un retour des programmes verticaux, alors que leur intégration dans le système de santé fait débat depuis des années dans les sphères de la santé publique. Les comités de gestion n'ont pas été associés aux nouvelles politiques d'exemption, alors qu'elles leur créent de nombreux problèmes, compte tenu de la décapitalisation potentielle, des ruptures de médicaments, des retards de remboursement ou des erreurs de calcul que les forfaits de remboursement peuvent engendrer.

Quelques différences architecturales

Au-delà de leurs choix respectifs entre fourniture de produits gratuits et remboursement ex-post (par l'État tiers payeur), deux séries d'éléments nous semblent distinguer le Mali du Niger quant à la construction des édifices organisationnels chargés de mettre en œuvre la gratuité.

1. Au Mali, le dispositif est géré par une direction à part entière du Ministère. L'ancien « programme palu », qui a la charge de l'approvisionnement en ACT, a été en effet érigé en direction nationale (au même rang que la direction nationale de la santé, par exemple). C'est la pharmacie populaire du Mali (PPM), qui de son côté, assure l'achat des produits, et les distribue dans un circuit spécifique des CTA gratuits (distinct du circuit des médicaments payants, fournis aussi par la PPM aux formations sanitaires). Au Niger, le dispositif, bien que plus lourd et brassant beaucoup plus d'argent qu'au Mali, est géré par une toute petite cellule ad-hoc, relevant de la direction de l'organisation des soins (DOS), elle-même relevant de la direction générale de la santé. Pendant trois ans, cette cellule n'a bénéficié ni de locaux dignes de ce nom, ni du personnel nécessaire. Le circuit de remboursement est extrêmement complexe, faisant intervenir à des degrés divers

et à des étapes distinctes quatre institutions : Ministère de la santé, Ministère des finances et Trésor public, Agence française de développement (cf. Ousséini, 2010).

2. Le dispositif malien est moins coûteux pour le budget national, et peut en outre bénéficier des importants financements internationaux consacrés à la lutte contre le paludisme⁵⁸. Par contre, le dispositif nigérien, qui couvre toutes les pathologies infantiles, est très coûteux (8 milliards FCFA en 2008, ce montant augmentant naturellement chaque année), son déficit (sa dette envers les formations sanitaires que l'État n'arrive pas à payer) s'accroît d'année en année (13 milliards FCFA à ce jour). Il n'y a pas actuellement de perspective de financements extérieurs stables à la mesure des besoins (l'aide budgétaire de la France via l'AFD étant à la fois insuffisante et transitoire, et d'autres coopérations intervenant dans le secteur de la santé, comme la Belgique, l'Espagne ou l'Union européenne, étant hésitantes à s'engager)⁵⁹. Les dettes ont été récemment transférées au Centre d'Apurement de la Dette Intérieure, sans que l'on sache si cette procédure aboutira à un remboursement effectif.

Il apparaît ainsi que le dispositif nigérien est à la fois plus ambitieux et plus risqué financièrement, il est moins bien inscrit dans l'organigramme public, son pilotage est doté d'un statut marginal, le traitement des dossiers y est plus complexe et suppose la collaboration d'institutions distinctes.

Mais ces architectures différentes n'en débouchent pas moins, au niveau de la délivrance des services dans les formations sanitaires, sur ces problèmes convergents que nous avons décrits ci-dessus.

58 Selon la déclaration du Président de la République annonçant la gratuité le 1^{er} janvier 2007, le Fonds mondial aurait accordé un peu plus de 13 milliards sur 5 ans, et les USA, ayant ciblé le Mali pour une aide contre le paludisme, 37 milliards pour la même durée.

59 L'approvisionnement des formations sanitaires en ACT gratuits par le programme « palu » (sur financement du Fonds mondial) soulage toutefois le dispositif nigérien.

III. ET LE BURKINA FASO ?

Rappelons que la politique suivie en matière de rapports entre recouvrement des coûts et exemption de paiement y a été assez différente et parfois paradoxale. Les autorités ont largement privilégié une politique de subvention, laissant une partie du prix des prestations à la charge de l'utilisateur car nombre de décideurs et de cliniciens pensent qu'il est important que ce dernier se sente « responsabilisé » par ce paiement. Mais en même temps, ils ont accepté que des ONG suppriment totalement le paiement des soins dans une région de près d'un million d'habitants (2008), que les moustiquaires soient distribuées gratuitement à l'échelle du pays (2010) et que le forfait réclamé pour les ARV soit abandonné (2010). La part laissée aux usagers est devenue progressivement de plus en plus faible dans les domaines prioritaires : la dose d'ACT est vendue seulement 60 FCFA (prix de vente à la centrale d'achat des MEG contre 75 F CFA au district et 100 FCFA pour la vente aux usagers dans les centres de santé) aux enfants de moins de cinq ans, mais la consultation reste, comme au Mali, payante, sauf lorsque les ACT sont distribués par les ASC lors du récent programme qui touche maintenant tout le pays. Pour les ARV, ce n'est que tout récemment que, pour la première fois, ils sont devenus gratuits. Jusqu'en 2009, les patients devaient payer un forfait de 1.500 F CFA. Le coût de la césarienne pour l'utilisateur est en moyenne officiellement de 11.000 FCFA, bien que certains districts aient mis en place des systèmes dit de « partage des coûts » permettant de réduire ce forfait à 5.000 F CFA et parfois de le supprimer totalement. Il est envisagé l'exemption totale à l'échelle nationale.

La politique publique burkinabé semble donc en ce domaine nettement plus prudente que les politiques malienne et nigérienne. Les phases de préparation et de mise au point du dispositif ont été mieux réfléchies, et par exemple la politique de subvention des accouchements s'est mise en place en plusieurs étapes, en commençant par les césariennes (octobre 2006) puis les accouchements (entre janvier et avril 2007 selon les districts), sans pour autant qu'une évaluation de la première étape ait permis de tirer des leçons pour la seconde. Toutefois, le passage à l'échelle nationale est souvent de rigueur au Burkina Faso où les décideurs, en général pour des raisons politiques, ne souhaitent passer par l'étape des projets pilotes. La politique budgétaire correspondante est conçue à l'avance et non après coup, et elle reste réaliste dans le cadre du budget national (environ 2 milliards par an, les ACT et les moustiquaires étant par ailleurs financés par le Fonds Mondial pour trois ans). Ce sont les structures routinières de la santé qui mettent en œuvre cette politique, du Ministère jusqu'aux formations sanitaires.

Cependant, au-delà de cette évidente et importante différence dans la conduite des politiques publiques de santé, on retrouve quelques uns des points communs issus de la comparaison entre Mali et Niger.

D'une part, diverses approximations et incohérences ne sont pas, sans rappeler, à une échelle plus réduite, les précipitations et improvisations rencontrées au Mali et au Niger. Un programme de distribution des ACT par les agents de santé communautaires (ASC) vient d'être lancé à l'échelle nationale sans attendre les résultats des évaluations des sites pilotes, évaluations qui de toute façon n'avaient pas été prévues. La politique de subvention des SONU a été annoncée sans que les dispositifs techniques de sa mise en œuvre ne soient totalement prêts. Elle a été appliquée à l'échelle nationale sans passer non plus par des expérimentations sur des sites pilotes (les résultats de quelques expériences de subventions ont été toutefois pris en compte, mais pour les seules césariennes⁶⁰), et sans une bonne compréhension et harmonisation des procédures de gestion. Le forfait accouchement a été surestimé. L'information a été tardive, et relativement insuffisante. La dotation de médicaments gratuits pour les indigents en 2005 a été faite à l'échelle nationale sans directives sur les modalités de distribution. Le point noir de la politique reste en effet la mise en œuvre de la prise en charge des indigents, malgré une politique publique affichée en ce domaine. Un budget a été voté pour exempter à 100% des frais d'accouchement les ménages les plus démunis (soit 20 % des accouchements), et lever la barrière financière. Mais la plupart des agents de santé ne sont pas au courant de cette mesure et aucun système de soutien aux centres de santé pour la sélection des indigents n'a été proposé, alors que les expériences qui ont été menées par des ONGs à l'intérieur du pays sur ce point ont été largement valorisées auprès des décideurs nationaux.

La personnalisation des mesures de subvention ou d'exemption autour du Président de la République, afin de mettre en évidence son rôle pour soulager les souffrances du peuple, avec des effets d'annonce en prévision des élections de novembre 2010 (fin 2009 pour les ARV et février/septembre 2010 pour les SONU), rappelle directement les phénomènes analogues au Mali et au Niger.

Les pressions internationales générales autour des objectifs de santé des OMD (la Banque mondiale ayant joué un rôle certain dans la décision de la subvention des SONU), comme le plaidoyer d'associations nationales ou internationales (par exemple, Amnesty International) évoquent les réalités vécues dans les deux autres pays.

60 Richard & al. 2007.

IV. LES IMPACTS DE CES POLITIQUES D'EXEMPTION SUR LA SANTÉ

Le double objectif des mesures d'exemption est de faire baisser la mortalité maternelle et infantile en favorisant l'accès aux soins des plus démunis. Nous n'avons pas jugé nécessaire dans le cadre de ce programme de poursuivre les travaux prévus initialement pour déterminer si l'exemption du paiement permettait une hausse de la fréquentation : en effet les chiffres disponibles attestent tous de cette hausse, et ils sont nombreux et éloquents à ce sujet dans les trois pays (en particulier dans les projets pilotes d'ONGs, ces hausses sont immédiates et durables, provoquant des taux de consultations records dans la sous-région)⁶¹. La démonstration a également été faite pour la subvention des accouchements au Burkina Faso⁶². Nous avons plutôt privilégié les observations de terrain sur les autres effets de la mise en œuvre des politiques d'exemption, et sur la perception des acteurs. Nous avons aussi développé des études quantitatives inédites concernant la distribution des bénéficiaires de ces politiques et la réduction des dépenses de santé. On s'attachera ci-dessous à rendre compte de ces deux niveaux d'effets.

Les effets perçus et observés autres que la hausse de fréquentation

Nous en distinguerons cinq.

1. La gratuité est loin d'être totale pour l'utilisateur, dans tous les cas de figure, du fait de la persistance : (a) des coûts directs non pris en charge dans le paquet de gratuité (consultations payantes au Mali et au Burkina Faso pour les enfants de moins de cinq ans ; évacuations au moins en partie payantes pour les césariennes au Mali et au Niger ; produits non prévus dans les kits) ; (b) des coûts indirects (transports, accompagnants, nourriture, voir *infra*) ; (c) des coûts illicites (facturations indues, « cadeaux » aux personnels de santé, ventes illicites de médicaments ou de faveurs, etc.)⁶³. De ce fait, la politique de subvention forte du Burkina Faso rejoint les politiques d'exemption sectorielle totale du Mali et du Niger. Dans les trois pays, et dans les domaines bénéficiant d'exemption ou de subvention, les soins de santé ne sont, de fait, jamais vraiment gratuits pour l'utilisateur, celui-ci continue à payer, mais il paye significativement moins que sous le recouvrement des coûts sans exemption.

61 Pour la quantification de ces effets, nous renvoyons de lecteur aux écrits suivants : pour le Mali Heinmüller R. et al, 2011 ; pour le Burkina Faso Ridde et Queuille 2010 ; De Allegri M. et al., 2010 ; pour le Niger Ridde et al, 2009, Barroy et Laouli, 2011.

62 Haddad et al 2011.

63 Au Burkina Faso, les femmes déclarent payer, en dépenses strictement médicales, nettement plus que le forfait de 900 FCFA (entre 1.300 et 1.800 FCFA, dans trois sites différents).

2. Les ruptures dans l'approvisionnement en médicaments gratuits, ou les retards dans les remboursements aux formations sanitaires, aboutissent aux mêmes résultats : des pénuries empêchant la délivrance des médicaments gratuits attendus. Faute de médicaments gratuits disponibles, les personnels de santé délivrent des ordonnances pour des médicaments payants, parfois vendus dans la pharmacie de la formation sanitaire, parfois à acheter dans une pharmacie extérieure, parfois vendus illicitement par les agents de santé eux-mêmes (en étant prélevés sur les kits officiels ou acquis de diverses façons). Cela contribue à introduire de la confusion sur la frontière « recouvrement/exemption », à susciter des soupçons, à accroître la tension entre usagers et personnels de santé.

3. Les formes pédiatriques (sirops) sont considérés comme trop chères depuis qu'il y a l'exemption de paiement. Au Mali, les ACT achetés par la PPM sont exclusivement en comprimés. Au Niger, les formations sanitaires, à court d'argent du fait des factures non remboursées, ne commandent plus de sirops, et ne délivrent que des cachets. Au Burkina Faso, les sirops ne sont pas subventionnés. Cela entraîne de nombreuses difficultés chez les mères pour gérer la découpe des cachets en quarts ou en moitiés, leur conservation, leur administration, sans parler des dépôts et résidus de principe actif dans la cuillère ou le verre qui sont souvent non absorbés. Celles qui ont les moyens d'acheter des sirops abandonnent parfois la formation sanitaire. Les effets secondaires indésirables (nausées, vomissements, diarrhées) de la molécule ACT distribuée dans un premier temps au Mali ont aussi détourné des mères des formations sanitaires. On a enfin noté des effets pervers de report de clientèle sur des formations sanitaires de niveau supérieur, mieux dotées. À Dosso au Niger, les enfants de moins de cinq ans amenés aux CSI sont systématiquement référés au CHR, où l'on délivre les antibiotiques et sirops qui font défaut dans les CSI : mais le CHR est désormais engorgé.

4. Une baisse de qualité en liaison avec les exemptions de paiement est souvent *perçue* par les usagers, mais aussi par des personnels de santé. Au Mali, d'après l'enquête d'opinion menée par notre équipe, 72% des personnes interrogées pensent que la qualité des soins a baissé avec la gratuité.

Cette baisse de qualité peut être liée soit aux pénuries de produits comme au Niger (on ne donne parfois dans certains CSI que du paracétamol et du cotrimoxazole ; les analyses de laboratoire ne se font plus, faute d'argent pour acheter les réactifs), soit à la surcharge des personnels due à l'augmentation de fréquentation, soit à la démotivation des personnels face à la gratuité. Parfois, ce sentiment de baisse de qualité peut même entraîner, selon certains agents de santé, une baisse de fréquentation chez les usagers non concernés par les exemptions (adolescents et hommes adultes, femmes âgées, etc.).

5. Un « bricolage » généralisé est constaté, pour tenter de faire fonctionner tant bien que mal le système, malgré les dysfonctionnements créés ou aggravés par les politiques d'exemptions. On peut citer deux stratégies récurrentes :

- la première est de faire payer à l'utilisateur des produits, quand le stock gratuit est épuisé, ou quand les kits sont incomplets, afin de délivrer malgré tout les soins nécessaires (on vend des CTA payants quand les CTA gratuits font

défaut au Mali, on fait payer les réactifs ou les consommables pour les tests VIH au Burkina). Ce paiement « de dépannage » peut même être demandé à titre préventif comme c'est le cas au Niger avec les centimes additionnels prélevés dans certains districts pour assurer les évacuations⁶⁴ ;

- la seconde consiste à improviser informellement des clés de répartition de la pénurie : les moustiquaires sont données comme « récompense » aux femmes qui ont fait leurs trois visites pré-natales (Burkina Faso) ; les formations sanitaires reçoivent des remboursements selon les choix de la cellule gratuite, sans que les critères ne soient connus (Niger).

6. Certaines innovations ont été enfin constatées au Burkina Faso en vue de diminuer le coût pour l'État ou pour les usagers. D'une part, le remboursement par l'État des accouchements (4.500 FCFA) aux formations sanitaires étant supérieur au coût réel (2.500 FCFA), une équipe de district a décidé de ne plus demander un remboursement de ceux-ci au forfait mais au coût réel ; cette pratique a été ensuite reprise par de nombreux districts et serait en cours de généralisation. D'autre part, un district sanitaire (Kaya) a pris seul la décision de supprimer la contribution demandée aux femmes pour l'accouchement et de la financer sur son propre budget décentralisé ; mais, début 2011, après trois ans d'exemption totale, les décideurs locaux ont décidé de réinstauré le paiement forfaitaire des 20% par les femmes, à la suite semble-t-il de pressions du niveau central afin de « rentrer dans le rang ». L'évaluation des effets de cette décision sur le recours aux formations sanitaires pour les accouchements reste à faire.

La réduction équitable des dépenses médicales au Burkina Faso

Rares sont les études qui ont été en mesure d'évaluer, d'une part, les effets des politiques de gratuité sur les dépenses de santé supportées par les ménages, et, d'autre part, la distribution de ces effets entre les sous-groupes de la population (tant pour les dépenses que pour l'utilisation). Aussi avons-nous conduit une étude dans un district rural du Burkina Faso (Ouargaye) afin d'évaluer l'efficacité et l'équité de la politique de subvention des accouchements, concernant : 1) les effets globaux sur les dépenses d'accouchements ; 2) la distribution des bénéficiaires concernant l'utilisation et les dépenses d'accouchements, y compris au regard de la prise en charge des indigents (voir *supra*).

Cette étude repose sur un devis d'évaluation pré-post intervention à partir de données populationnelles tirées de deux enquêtes ménages (2006 et 2010)⁶⁵. La

64 Parfois les caisses du centime additionnel font même l'objet de thésaurisation. Ainsi, au Niger, dans le district de Dosso, la caisse du centime additionnel disposait de 7 millions en 2010 (car l'utilisation du système d'évacuation se fait au compte goutte), alors que la caisse du recouvrement des coûts est passée de 6 millions en 2006 à 38.156 FCFA (du fait des retards de remboursement par l'État).

65 Les détails méthodologiques sont fournis ailleurs (Ridde et al, 2011) et l'analyse a été effectuée avec le concours méthodologique de Slim Haddad. L'enquête de 2006 a été effectuée par le

population de l'étude concerne toutes les femmes ayant eu un accouchement par voie basse au cours des six semaines précédant l'enquête. Les mêmes questionnaires ont été utilisés en 2006 et 2010. Ils permettent de connaître les caractéristiques démographiques et socio-économiques des ménages, et d'estimer les dépenses encourues lors de l'accouchement. Les dépenses médicales directes d'accouchements concernent le ticket modérateur, les frais d'accouchements, les médicaments payés auprès du personnel de santé ou du responsable communautaire du dépôt de médicaments, les frais de laboratoire, les frais d'hospitalisation. Les dépenses indirectes sont le transport aller et retour du domicile au CSPS pour la parturiente, les frais de transport des accompagnants et visiteurs, les cadeaux pour les accompagnants et la nourriture.

Pour analyser la distribution des bénéfices de l'utilisation des services et des dépenses médicales, les données ont été ajustées en fonction de la natalité spécifique à chaque quintile des ménages selon le recensement national de 2006. Les quintiles des ménages ont été calculés à partir des avoirs et de la possession de biens durable à l'aide de l'analyse en composantes principales. Pour analyser les dépenses excessives, nous avons utilisé une méthode⁶⁶ fondées sur la dispersion des dépenses et le décompte des valeurs extrêmes avant et après la subvention, plutôt qu'une approche basée sur une norme exogène, habituellement nommée « dépenses catastrophiques ».

Une réduction importante des dépenses médicales et un maintien des dépenses non médicales

Les dépenses médicales se sont considérablement réduites entre 2006 et 2010. Elles sont passées d'une médiane de 4.060 F CFA en 2006 à 900 F CFA en 2010 ($p < 0,001$), soit une baisse de 78%. Cette réduction s'accompagne d'un tassement marqué de la distribution des dépenses, d'une réduction des écarts interquartiles et d'un abaissement du seuil délimitant les valeurs extrêmes de dépenses. Lorsque l'on considère l'ensemble des femmes, la proportion des ménages qui sont à risque de dépenses médicales excessives occasionnées par l'accouchement est passée de 6%-12% en 2006 à 1%-2,5% en 2010⁶⁷. L'effet de la politique sur la réduction des dépenses médicales est donc situé entre 5% et 10% selon les méthodes de calcul⁶⁸, et, dans l'ensemble, une infime partie de la population est donc sujette à des dépenses excessives en 2010. Cependant, ces données montrent que si les femmes doivent officiellement payer 900 F CFA pour les accouchements eutociques en 2010, 50% affirment déboursier plus de 900 F CFA. C'est essentiellement au

programme de recherche IMMPACT qui a bien voulu partager avec nous sa base de données pour permettre ces analyses.

66 Voir Haddad et al. 2011.

67 Dans la méthode, nous utilisons ici trois valeurs de k (0,5 ; 1 ; 1,5) plus ou moins conservatrice, mais les résultats concordent tous dans le sens de la baisse des dépenses, y compris pour la valeur de k la plus conservatrice.

68 L'effet pour les dépenses totales est tout aussi important, variant de 4% à 7%.

niveau des dépenses de produits médicaux et médicaments que l'écart est constaté, que ces derniers soient achetés directement auprès du soignant ou dans la pharmacie communautaire du CSPS.

Les dépenses moyennes totales d'accouchement sont passées de 8 920 F CFA en 2006 à 5 744 F CFA en 2010 tandis que les médianes de 7 366 F CFA en 2006 à 4 750 F CFA en 2010, soit une baisse de 35% pour la médiane. Les dépenses totales d'accouchement ont donc largement diminué ($p= 0,001$), notamment grâce à la réduction des dépenses médicales prises en charge par la politique de subvention. En revanche, la part des dépenses médicales dans les dépenses totales en moyenne est passée de 59 % en 2006 à 32% en 2010 (médiane de 55% à 19%).

Des inégalités d'utilisation qui ne se sont pas exacerbées

Le partage de la consommation de l'utilisation des services de santé pour les accouchements assistés était égalitaire en 2006. Les femmes vivant dans le quintile de revenu inférieur utilisaient selon une même proportion les centres de santé pour accoucher que les femmes du quintile de revenu élevé. Mais si l'on prend en compte le besoin (soit la natalité, puisque les femmes du quintile inférieur font plus d'enfants), ce sont les femmes du quintile supérieur qui consomment plus les services de santé que les autres ; cette consommation inégalitaire se constatant dans le monde entier. Cependant, les données de 2010 montrent que cette situation n'a pas été changée par la politique de subvention. Autrement dit, si la politique n'a pas été en mesure de changer cette inégalité d'utilisation, elle n'a, en rien, exacerbée les inégalités qui préexistaient. Tant le ratio (Q5/Q1) que la différence (Q5-Q1) d'utilisation entre les femmes des quintiles supérieurs et inférieurs sont restés stables entre 2006 (1,3 et 7,1) et 2010 (1,3 et 7,3).

Une réduction des dépenses d'accouchements favorable aux plus pauvres

Contrairement à l'utilisation des services, les ménages du quintile inférieur sont ceux qui ont le plus profité de la réduction du coût des soins. L'évolution de la distribution des bénéfices concernant les dépenses médicales est parfaitement progressive, c'est-à-dire que les femmes des ménages des quintiles inférieurs ont plus profité de la politique de subvention que les autres. Alors qu'en 2006, les dépenses des femmes du quintile inférieur représentaient 21,16% des dépenses de toutes les femmes de l'enquête, elles ne représentent en 2010 plus que 19,67% ; tandis que pour les femmes du quintile supérieur, ces dépenses passent de 18,45% à 22,93%.

De surcroît, la proportion de ménages à risque de dépenses excessives baisse sensiblement pour toutes les femmes, quel que soit leur revenu ou leur lieu d'habitation. Les utilisatrices du quintile inférieur et demeurant à proximité des centres sont celles qui voient leur risque de dépenses excessives baisser le plus (une baisse comprise en 86,2% et 100%). Le gain est réel mais moins marqué pour les

femmes demeurant à plus de 5 km des centres de santé du fait de la barrière géographique.

Une proportion plus importante de femmes ne réalisant aucune dépense médicale

En 2006, 2,96% de l'ensemble des femmes ayant accouché dans les centres de santé déclarent ne rien avoir payé au point de service. En 2010, ce taux est passé à 6,85 %. Alors que 23% des accouchements attendus en 2010 devraient être totalement exonérés pour les indigentes, seulement 10% du quintile des plus pauvres n'ont rien payé au point de service. Cependant, alors qu'en 2006 les femmes du quintile supérieur bénéficiaient de la plus grande part des exemptions, en 2010, l'exemption est progressivement distribuée et profite d'abord aux femmes du quintile inférieur.

Les conséquences du retard du remboursement de la gratuité sur les finances communautaires au Niger

La totalité des acteurs rencontrés sur le terrain ont évoqué les conséquences fâcheuses pour le fonctionnement des centres de santé du retard de remboursement des actes fournis gratuitement pour les enfants et les femmes au Niger : « *la gratuité c'est la catastrophe* » dit un gestionnaire communautaire. Ainsi, pour mieux mesurer l'ampleur de ce phénomène, nous avons effectué une étude quantitative sur l'état des finances communautaires dans trois districts : Dosso, Doutchi et Logo. L'objectif de cette étude est de mesurer la situation financière des centres de santé organisés sous le principe du recouvrement des coûts de l'initiative de Bamako et de vérifier si les modalités de fonctionnement de la gratuité des soins (et notamment les retards importants de remboursement) ont des effets sur les finances.

La méthode employée a repris et adaptée une démarche utilisée préalablement au Burkina Faso⁶⁹. Elle consiste à calculer la situation des dépenses, des recettes, de la trésorerie (banque et caisse) et du recouvrement des coûts (sans variation des stocks). Puis, il s'agit de comparer ces données avant et après la politique d'exemption du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans.

Avant de présenter succinctement quelques résultats, il faut d'emblée relever l'énorme difficulté que nous avons eu à disposer de données valides. En effet, dans les districts de Doutchi et de Laga notamment, la tenue des archives et des documents comptables, malgré de nombreux jours de présence de notre part sur le terrain, ne permet quasiment pas d'effectuer d'analyses sérieuses. Par exemple, si dans les trois districts les documents comptables des recettes du recouvrement des

69 Kafando & Ridde 2010. Les détails méthodologiques de cette étude sont disponibles dans le rapport de recherche qui sera publié dans un prochain numéro d'Études & Travaux du LASDEL (Kafando & al., 2011).

coûts sont toujours plus ou moins disponibles, seul un des trois districts dispose des documents relatant les dépenses qu'ils ont effectuées avec ces recettes. Ces difficultés méthodologiques sont, en soit, des informations importantes sur le (dys)fonctionnement du système de santé.

Les données du district de Dosso montrent que la moyenne annuelle des dépenses se maintient entre 2004 et 2010. La répartition des postes de dépenses (médicaments 70%, salaires 15%, outils de gestion 15%) n'a pas sensiblement changé avec l'arrivée de la politique de gratuité. Le niveau des recettes reste, lui aussi, stable au cours de la même période. Cependant il est situé en moyenne sur la période en dessous du montant des dépenses, ce qui est surtout le cas ces trois dernières années puisque les remboursements de la gratuité ne sont pas effectués en totalité. Ainsi, le train de vie des centres de santé se maintient mais les sources de revenus (paiement des usagers et remboursement de la gratuité) pour y faire face se tarissent du fait des retards de remboursement.

Pour pallier cette situation délicate, deux stratégies ont été mesurées selon la présente méthode. D'abord, nous avons constaté une hausse très importante des dons en médicaments et autres appuis provenant des partenaires techniques et financiers. De 150.000 FCFA en moyenne au cours des deux ans précédant la gratuité dans le district de Dosso, ces dons ont représenté en moyenne 70 millions de FCFA les quatre années suivant l'exemption. Notre valorisation financière de ces dons (sur la base des tarifs fournis par l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques) montre qu'ils sont en hausse constante, passant de 5 millions la première année après la gratuité (2006) à 120 millions en 2009. Il en est de même, malgré la disparité énorme, dans les deux autres districts où les dons pour l'année 2009 représentaient 40 millions à Loga et 2 millions à Doutchi. Il faut ici noter que ces dons proviennent essentiellement de l'UNICEF (176 millions entre 2006 et 2010) et du Programme national de lutte contre le paludisme (146 millions entre 2006 et 2010). La Lybie et le Nigéria ont fourni quelques dons symboliques. Ces dons ont certainement permis de limiter les ruptures de stocks de médicaments car, selon nos calculs, ces derniers ont été très limités. La même situation s'est déroulée au Burundi où la surprise de la décision présidentielle de gratuité a été compensée par de multiples dons en médicaments de PTF.

La seconde stratégie déployée par les districts a été la tentative de disposer d'argent supplémentaire auprès des patients. Ainsi, c'est après la gratuité que les districts ont accentué leurs efforts dans la mise en œuvre du système de « centimes additionnels (CA) » pour les évacuations. À Dosso par exemple, la part que représente l'argent collecté par le CA dans l'ensemble des ressources gérées par le gestionnaire communautaire est passée de 10% en 2004 à 30% en 2009.

Cependant, toutes ces stratégies n'ont pas été en mesure de compenser les retards de remboursements de l'État et la décapitalisation des districts est en cours. Depuis le début de la gratuité en 2006, les districts n'ont été remboursés que de pourcentages minimes de leurs actes fournis gratuitement, soit en moyenne de 33% à Dosso, 51% à Doutchi, 72% à Loga. Toutes les factures de 2009 pour

Dosso et Douchi n'avaient pas été remboursées au moment de l'enquête, soit en septembre 2010. Les montants absolus que l'État doit aux districts restent énormes, soit 154 millions à Dosso, 182 millions à Douchi et 32 millions à Loga, qui semble avoir un peu plus de chance. En conséquence, la trésorerie est en chute libre. Les dépenses étant plus ou moins constantes, de même que les recettes, mais toujours situées au dessus ces dernières ces dernières années, les données de Dosso montrent que pour faire face à ces dépenses, le district doit, compte tenu des retards de remboursements, puiser dans sa trésorerie constituée depuis le début du recouvrement des coûts dans les années 1990. Si l'on tient compte de l'argent disponible dans les deux banques du district (celle qui gère l'argent du RC et celle qui gère les CA), la trésorerie du district de Dosso est ainsi passée de 52 millions en 2006 à 11 millions en 2010. Cette baisse dans l'ensemble ne provoque pas de faillite car ces montants prennent en compte les nouvelles recettes générées par la cotisation au CA. Mais si l'on regarde les sommes disponibles dans le compte en banque où sont situés les recettes du recouvrement des coûts (RC), c'est la faillite. Ce compte en banque est passé de 52 millions en 2006 à 38.000 F CFA en 2010.

Dans plusieurs projets pilotes (Mali, Burkina Faso) et dans le cas spécifique de la politique nationale de subvention des accouchements au Burkina Faso, la suppression du paiement des soins a eu un effet majeur pour améliorer l'utilisation des services par les patients sans pour autant perturber les systèmes de santé et les modes de financement car les mesures d'accompagnement étaient présentes. En revanche, la situation financière au Niger que nous venons de décrire montre que si la suppression du paiement des soins peut aussi avoir des effets néfastes pour les systèmes de santé. Les retards énormes de l'État dans le remboursement des actes fournis gratuitement par les centres de santé occasionnent une décapitalisation des districts. Nos données montrent que si par contre l'État remboursait à temps les centres de santé, cette politique d'exemption aurait un effet très positif sur les finances communautaires. En effet, puisque la gratuité a augmenté très largement l'utilisation des services, mécaniquement les recettes des centres de santé s'accroissent du même ordre⁷⁰. Dans le cas présent, il s'agit d'un accroissement hypothétique puisque l'État ne rembourse pas suffisamment et à temps. Ainsi, avant la gratuité des soins dans le district de Dosso, le taux de couverture des dépenses par les recettes (sans la variation de stocks de médicaments) était en moyenne de 143%, puis il est passé à 205% durant la période de gratuité (quatre années) pour les enfants de moins de cinq. Bien entendu, il s'agit d'un taux hypothétique traduisant les effets bénéfiques potentiels de la politique de gratuité si l'État avait tenu ses promesses de remboursement. Puisque tel n'est pas le cas, le taux réel de recouvrement est en chute libre (passant de 143% à 87% sur la même période en tenant compte des recettes du CA), les districts puisent dans leurs économies et se décapitalisent.

70 Cette démonstration des effets bénéfiques de la gratuité des soins avec un remboursement juste et effectif sur les finances communautaires a également été effectuée dans quatre districts du Burkina Faso (Ridde et Queuille, 2010).

V. UN DÉBAT VIRTUEL SUR LE RECOUVREMENT DES COÛTS ET L'EXEMPTION DE PAIEMENT

À travers les propos, recueillis chez les personnels de santé comme chez les usagers, qui portent sur l'opportunité des nouvelles politiques et les avantages comparés du paiement direct ou de la gratuité, tout se passe comme si on assistait à un débat virtuel autour des deux paradigmes « recouvrement/exemption ». Certes ce débat n'a pas eu lieu « pour de vrai » dans les médias ou sur la place publique (et on peut le regretter). Mais nos interlocuteurs ont néanmoins exprimé leurs points de vue comme si ce débat avait effectivement lieu, ce qui montre un réel intérêt pour les questions de santé, et, de façon plus précise, pour le financement de la santé et les paiements incombant aux usagers.

Beaucoup d'interlocuteurs émettent des énoncés de type général, relatifs au bien-fondé ou non de la gratuité des soins, en son principe même, à partir d'arguments moraux ou culturels. D'autres, parfois les mêmes, argumentent sur des bases concrètes, à partir d'exemples et d'expériences vécues. Tous font comme s'ils discutaient avec les tenants des positions contraires. Bien évidemment, il s'agit des représentations des acteurs (personnels de santé ou usagers) et non de démonstrations scientifiques.

Voici les principaux thèmes qui se dégagent.

La valorisation du paiement et la dévalorisation de la gratuité

- Ce qui est gratuit est sans valeur⁷¹ ; la gratuité est synonyme de mauvaise qualité ; si c'est gratuit, on n'y attache pas d'importance ; quand c'est gratuit, on ne fait pas attention à l'observance : ces arguments sont souvent appuyés sur une légitimation culturelle (chez nous, pour les Maliens, chez les Nigériens, dans nos sociétés, le gratuit est sans valeur...) ;
- Ce qui est gratuit rend dépendant ; si on commence à donner, on doit donner tout le temps, on crée un processus à long terme ; on ne peut donner, et s'arrêter. Là aussi, la légitimation culturelle est invoquée (pour un Peul, ou un Bambara, ou un Songhay, on ne peut donner un jour, et refuser de donner demain...) ;
- La gratuité est humiliante pour le bénéficiaire (« *la main qui donne est toujours au-dessus de la main qui reçoit* ») ;

71 Ce type d'énoncé est plutôt le fait des personnels de santé, même si certains usagers le profèrent aussi.

- Pour être bien traité, il faut payer le soignant : 84% des usagers interrogés au Mali (et 33% des personnels de santé eux-mêmes) disent qu'un malade payant est mieux traité qu'un malade gratuit ; 92% des usagers interrogés au Mali (et 55% des personnels de santé eux-mêmes) disent qu'un cadeau donné à un personnel de santé améliore la qualité des soins⁷². Dans le contexte actuel des systèmes de santé, le paiement et les « cadeaux » au personnel apparaissent comme des garanties d'un meilleur service.

Le problème de l'État et de la pérennité

Les personnels de santé comme les usagers témoignent, dans les entretiens dans les trois pays, d'un grand scepticisme sur les capacités de l'État à pérenniser le système actuel d'exemption⁷³. Pour beaucoup, l'État ne tient jamais ses promesses. La mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement en est une nouvelle illustration, avec les ruptures de stocks et les retards de remboursements au Mali et au Niger. On ne le croit pas capable de redresser la barre, ou de faire fonctionner un système aussi complexe et coûteux sur le long terme. Les ruptures actuelles ne plaident pas en sa faveur.

L'opinion générale est qu'il faudrait impérativement rechercher des financements extérieurs, ce qui est aléatoire, et qui, en outre, va accroître encore la dépendance vis-à-vis de l'aide, ce qui est paradoxal pour des politiques qui se proclament nationales et souveraines.

L'équité : oui, mais comment ?

Il est scandaleux que celui qui n'a rien ne puisse pas, s'il est malade, entrer dans une formation sanitaire pour y être soigné : le fait que le recouvrement des coûts exclue ceux qui n'ont pas de quoi payer les consultations et les médicaments est largement dénoncé. C'est souvent sur cette base que le principe de la gratuité est accepté, ou défendu. Mais quelle formule adopter ? Le fait de dispenser de paiement les indigents reconnus comme tels (malgré les difficultés que pose leur sélection et les risques parfois soulignés de fraudes) a de nombreux défenseurs, sans doute plus que les exemptions totales appliquées à toute une catégorie de population (femmes, enfants de moins de 5 ans), qui bénéficient aux riches comme aux pauvres, et qui, en laissant de côté d'autres catégories qui sont parfois même considérées comme prioritaires (vieux), peuvent apparaître à leur tour comme inéquitables⁷⁴.

72 Selon les enquêtes par questionnaires menée par l'équipe du Mali.

73 Ceci avait déjà été noté au Niger dans deux districts d'un projet pilote : Ridde & Diarra 2009.

74 Les expériences contemporaines de prise en charge des indigents au Burkina Faso (Dori et Sebba) permettront peut être de comparer la mise en œuvre d'une gratuité ciblée sur les revenus à une gratuité ciblée sur des groupes vulnérables facilement identifiables (femmes et enfants).

Les impératifs de santé publique

La tuberculose et la lèpre étant depuis longtemps des pathologies pour lesquelles l'exemption est la règle (et qui sévissent en général chez les couches les plus pauvres de la population), l'exemption pour les malades atteints d'une pathologie constituant une menace de santé publique est largement légitime chez nos interlocuteurs. C'est d'ailleurs la règle en cas d'épidémie, même si les dérapages dans la mise en œuvre ont toujours existés⁷⁵. L'argument de santé publique trouve donc ici un écho chez les personnels de santé et chez les usagers. L'exemption de paiement pour les PvVIH se situe dans cette lignée (mais soulève certaines réserves, du fait des connotations morales négatives du SIDA, mais aussi du fait des « privilèges » que cette pathologie confère à cette catégorie de malades et du « bruit » que font les associations à leur sujet).

La gratuité de la césarienne suscite, semble-t-il, une assez large approbation, tant la peur de la mortalité maternelle persiste et les impacts financiers pour les ménages sont importants. Les difficultés à réunir d'urgence la somme nécessaire sont assez largement connues et craintes. Les exhortations de santé publique sur ce thème rencontrent donc un large écho.

On remarquera que le Burkina Faso a résisté très longtemps, mais vient d'accepter l'exemption totale pour les ARV et avait accordé une subvention de 60 à 80 % pour les accouchements et les césariennes, autrement dit pour des cas qui sont perçus chez les personnels de santé, comme chez de nombreux usagers, comme légitimes en termes de santé publique. En outre, ces exemptions ne posent pas de problèmes insolubles au budget national pour le moment.

Accessibilité et qualité des soins

Comment faire qu'une amélioration de l'accessibilité géographique, d'une part, de l'accessibilité financière, de l'autre, puisse se faire sans baisse de la qualité des soins, et même si possible avec une amélioration de celle-ci ? C'est sans doute la question centrale que posent tant les politiques d'extension de la couverture sanitaire (accessibilité géographique) que les politiques d'exemption de paiement (accessibilité financière). Les projets pilotes des ONG dans les trois pays sont révélateurs : ils accompagnent l'exemption du paiement des soins par de multiples mesures permettant de répondre à la hausse inéluctable de la demande sans baisse de qualité des soins, voire même avec une amélioration⁷⁶. Mais c'est avec un apport important de moyens et d'expertise venant de l'extérieur. Ceci semble aujourd'hui hors de portée des systèmes de santé des États, dont les maigres

75 Voir le cas de la méningite au Burkina Faso (Ministère de la santé 2003).

76 Ainsi, une recherche effectuée au Burkina Faso dans le cadre d'un projet d'exemption d'une ONG (HELP) a montré quantitativement que la qualité des prescriptions médicales (donc une partie de la qualité des soins) effectuées par les agents de santé ne s'était pas détériorée, et s'était même améliorée pour certains indicateurs : Atchessi et al 2010.

finances publiques et l'insuffisance en ressources humaines compétentes ne peuvent remplacer les apports de ces ONG.

Mais le problème de l'évaluation de la qualité des soins est redoutable. Nos techniques d'enquêtes ne permettent que d'appréhender une certaine « qualité perçue » par l'utilisateur. Les méthodes actuelles de supervision ne sont pas adaptées à une réelle évaluation technique et professionnelle de la qualité des soins.

Il faut reconnaître que les dernières années ont plutôt fourni des exemples négatifs. Ainsi, pour l'accessibilité géographique, la construction au Niger au début des années 2000, dans le cadre du programme spécial du Président de la République, de centaines de « cases de santé », tenues par des agents de santé communautaire de faible niveau (certificat d'études) et formés à la hâte (3 mois), a amélioré la couverture sanitaire, mais avec une faible, voire très faible qualité⁷⁷. De même, l'exemption pour les enfants de moins de cinq ans a amélioré la fréquentation des centres de santé en enlevant la barrière économique, mais sans doute au détriment de la qualité des produits délivrés gratuitement (lorsqu'il n'y a pas d'ONG pour soutenir la formation sanitaire): pas de sirops, manque fréquent de certains médicaments (la question des effets sur la qualité des prestations elles-mêmes – les consultations – reste à documenter). Il pourrait en être de même avec les agents de santé communautaire et le programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso, où les premières observations montrent que les ASC donnent de manière systématique les ACT aux enfants venus les consulter dans les villages, ce qui n'est pas sans risque pour la création de résistances.

⁷⁷ Il faut noter toutefois que le niveau des ASC s'est nettement amélioré, puisqu'ils sont aujourd'hui recrutés parmi les anciens élèves des écoles de santé (ENSP, IPSP), et que nombre de ces cases de santé deviennent des CSI.

VI. CONCLUSION

Si la hausse de la fréquentation des centres de santé est incontestablement à mettre à l'actif des différentes mesures d'exemption dans les trois pays, les conditions de la mise en œuvre des politiques d'exemption, en particulier au Mali et au Niger, posent de gros problèmes quand à la fiabilité et à la pérennité de ces systèmes, d'une part, quant à la qualité des soins délivrés, d'autre part. On retrouve dans la santé les mêmes difficultés qui pèsent sur les politiques publiques dans les pays du Sahel : des mesures annoncées de façon « politique » sans études de faisabilité ou projets-pilotes, sans que des expériences préalables aient été évaluées, sans que les mesures techniques ne soient prêtes, sans que les usagers et les professionnels aient été consultés et suffisamment associés, sans que l'État ne soit en mesure de tenir ses engagements, et qui sont dépendantes de la bonne volonté des bailleurs de fonds ou des ONG du Nord. La restauration de la confiance des populations envers l'État, mise à mal du fait des difficultés de mise en œuvre et des promesses non tenues, semble donc un point crucial des politiques publiques.

Il ne faudrait pas que, du fait d'effets pervers imprévus, on aboutisse à une médecine à deux vitesses : des soins certes gratuits (au moins en grande partie) pour les plus démunis, mais de mauvaise qualité, et des soins payants mais de meilleure qualité pour les autres. C'est une tendance largement à l'œuvre dans la société urbaine, avec la désaffection des classes supérieures (et parfois moyennes) envers les structures publiques, au profit des cliniques privées. Le système de santé public ne doit pas à son tour favoriser en son sein les écarts de traitement entre les démunis et les autres (ou entre les formations sanitaires appuyées par des ONG et les autres). Les diverses solutions pour promouvoir plus d'équité face à la santé et une meilleure accessibilité financière aux soins (subventions, exemptions sectorielles totales ou partielles, fonds d'aide aux indigents, mutuelles, etc.), doivent être aussi envisagées dans cette perspective, selon des modalités d'imbrication qui restent à définir⁷⁸.

De même, on peut penser qu'elles devraient être adaptées au système de santé tel qu'il est, en tenant compte de ses dysfonctionnements, ses difficultés, ses blocages, ses goulots d'étranglement : trop souvent les nouvelles politiques publiques ignorent la réalité, et présupposent un système de santé – et un État – idéal, bien loin du système de santé – et de l'État – au quotidien.

78 OMS 2010.

RÉFÉRENCES

- African Union 2010, Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 – 27 July 2010, Kampala, Uganda.
- Atchessi N, Ridde V, Haddad S, Heinmuller R. 2010 Rapport de l'étude sur la qualité des prescriptions médicales dans le district sanitaire de Dori au Burkina Faso, Montréal: CRCHUM/HELP.
- Balique H, Ouattara O, Ag Iknane A. 2001 « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali ». *Sante Publique* (Bucur), 13(1):35-48.
- Baxerres, C. 2010 Du médicament informel au médicament libéralisé, les offres et les usages du médicament pharmaceutique industriel à Cotonou (Bénin) , Paris: thèse de l'EHESS.
- Blundo, G. & Le Meur, P.Y. (eds) 2009 *The governance of daily life in Africa. Ethnographic explorations of public and collective service*, Leiden: Brill.
- Bonnet, D. & Jaffré, Y. (eds), 2003 *Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Paris: Karthala.
- Boré, A., Jaffré, Y. & Touré, Y. 2003 « Bamako: la santé communautaire et le centre de Sabalibougou », in Jaffré & Olivier de Sardan (eds).
- Chillio, L. 2003 « Médicaments et prévention en milieu populaire songhay-zarma (Niger) », in Bonnet & Jaffré (eds).
- Diop F, Yazbeck A, Bitran R. « The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger ». *Health Policy Planning* 10(3):223-40.
- Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Organa H, Ouendo M. 2001 “Strategies for promoting equity : Experience with community financing in three African countries” *Health Policy*, 58(1):37-67.
- Gobatto, I. 1999 *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris: L'Harmattan.
- Haddad, S. Ridde V et al 2011 Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé, CRCHUM/HELP/ECHO/FRSQ. 4 pages.
- Hall, P. 1993 “Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policymaking in Britain” *Comparative Politics*, 25, 275-296.
- Jaffré, Y., 1999 « Pharmacies des villes, pharmacies “par terre” », *Bulletin de l'APAD*, 17 : 63-70.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris: Karthala.

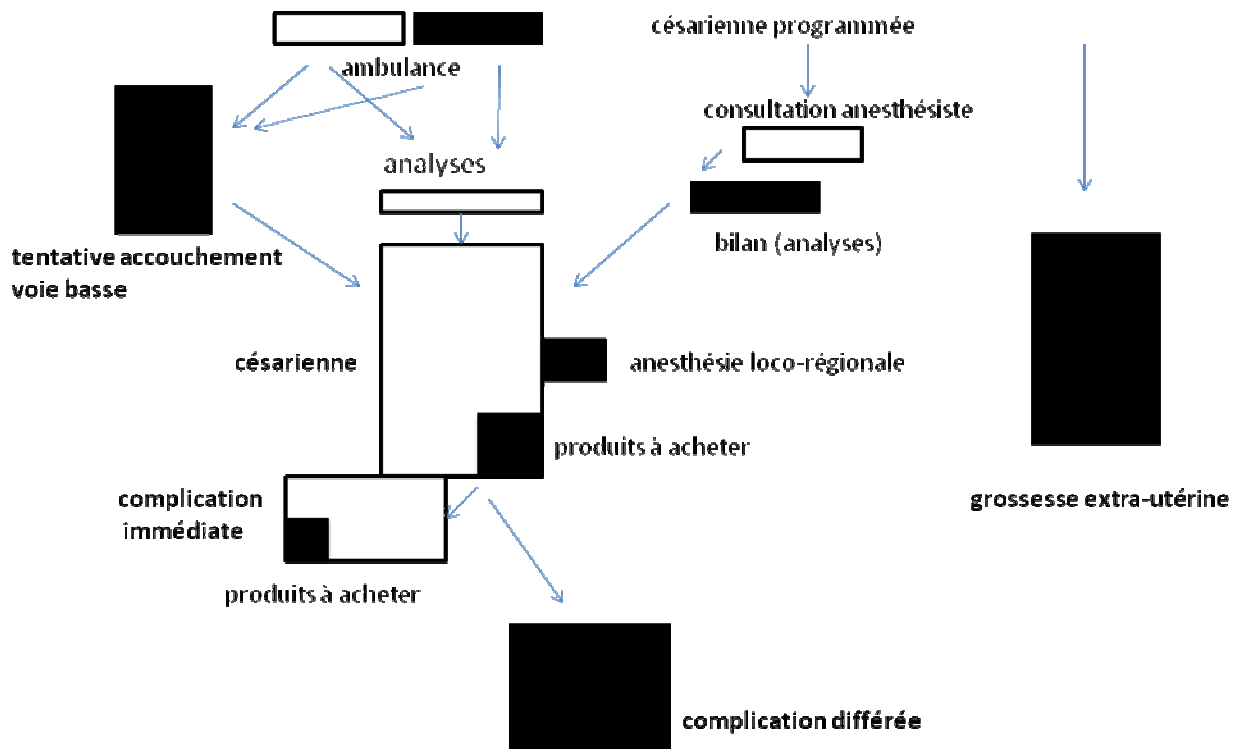
- Jaffré, Y., avec Diallo, Y., Vasseur P. & Grenier-Torrès, C. 2009 *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Descartes, Les Éditions Faustroll.
- Kafando, Y., & Ridde, V. 2010 « Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé » *Cahiers Santé*, 20, 153-161.
- Kingdon JW, 1995 *Agendas, Alternatives and Publics Policies* 2nd ed. New York: Harper Collins.
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C.K., et al. 2011 « Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries » *Health Policy and Planning* (Supplement).
- Ministère de la santé, 2003 Recherche opérationnelle sur la gratuité de la prise en charge des patients atteints de méningite cérébro-spinale au Burkina Faso, Ouagadougou: Comité technique de pilotage de lutte contre les épidémies.
- Olivier de Sardan, J.P. 2001 « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20: 61-73.
- Olivier de Sardan, J.P. 2009, "State bureaucracy and governance in West francophone Africa. Empirical diagnosis, historical perspective", in Blundo & Le Meur (eds) : 39-71.
- Olivier de Sardan, J.P. 2011a "The eight modes of local governance in West Africa", *IDS Bulletin*, 42 (2): 22-31.
- Olivier de Sardan, J.P. 2011b "Local powers and the co-delivery of public goods in Niger", *IDS Bulletin*, 42 (2): 32-42.
- OMS 2010 Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle. Genève: OMS.
- Ouattara, F. 2002 « Gouvernances quotidiennes au cœur des professionnels de santé (exemples pris à Orodara et à Banfora au Burkina Faso) », *Bulletin de l'APAD*, 23-24 : 111-131.
- Richard F, Ouedraogo C, Compaore J, Dubourg D, De Brouwere V. Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso. *Trop Med Int Health*. Aug;12(8):972-81.
- Ponsar, F., Van Herp, M., Zachariah, R., Gerard, S., Philips, M., & Jouquet, G. 2011 "Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria related interventions in Kangaba, Mali" *Health Policy & Planning* (Supplement).
- Richard F, Witter S, de Brouwere V, (eds) 2008 *Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources*. (SHSOP 25), Antwerp: ITG Press.

- Ridde, V., & Queuille, L. 2010 L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. expériences pilotes au Burkina Faso, Ouagadougou: UdeM/CRCHUM/HELP.
- Ridde V, Diarra A. 2009 « A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa) » *BMC Health Services Research*, 9(89).
- Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. 2011 « The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso » *Health Policy and Planning* (Supplement).
- Ridde V. 2008 "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso, *Social Science & Medicine*, 66:1368-78.
- Ridde V. 2007 *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Ridde V., Somé P-A., Pirkle, C. « NGO-provided free HIV treatment and services in Burkina Faso: Scarcity, therapeutic rationality and unfair process », *International Journal for Equity in Health*. Submitted.
- Taverne B. 2010 « Traitement du VIH/sida en Afrique: la gratuité pour limiter les coûts », *Global Health Promotion* 27, vol. 17, 3 : 89-91.
- The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2009 Leading by Example – Protecting the Most Vulnerable During the Economic Crisis ». Oslo: Office of the Prime Minister of Norway.
- Van Lerberghe, W. and V. de Brouwere 2000 "Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne." *Afrique Contemporaine*, 3ème trimestre (numéro spécial): 175-190.
- Vasseur, P. 2009 « Le travail des sages-femmes, entre savoir technique et normes pratiques », in Jaffré & al.
- Walt G, Lush L, Ogden J. 2004 « International organizations in transfert of infectious diseases : iterative loops of adoption, adaptation and marketing ». *Governance : an international journal of policy, administration, and institutions*, 17(2):189-210.
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank 2010 « Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008' ». Geneva: World Health Organization.

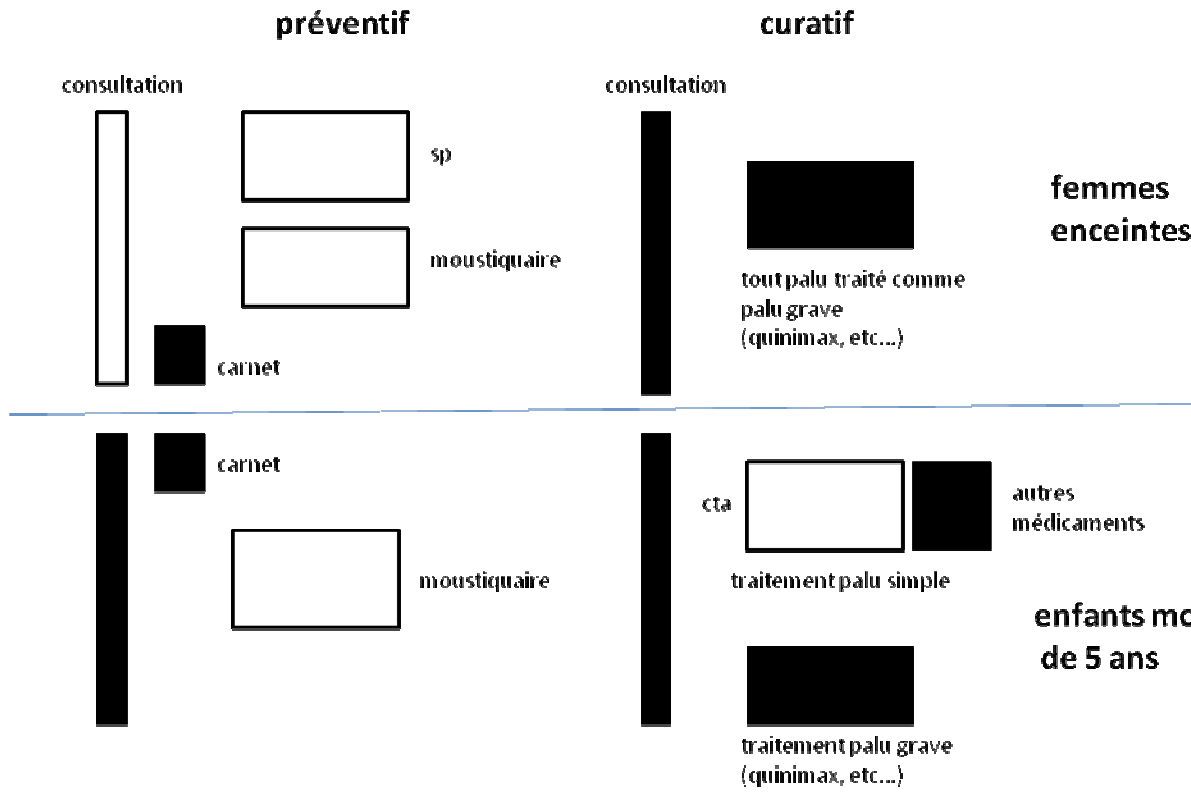
ANNEXE :
SCHÉMAS DE L'IMBRICATION DU RECOUVREMENT DES COÛTS
ET DE L'EXEMPTION DE PAIEMENT

Les zones de recouvrement des coûts (paiement par l'utilisateur) sont en noir ; les zones d'exemption de paiement (gratuité pour l'utilisateur) sont en blanc.

Mali : accouchements dystociques (en 2008)

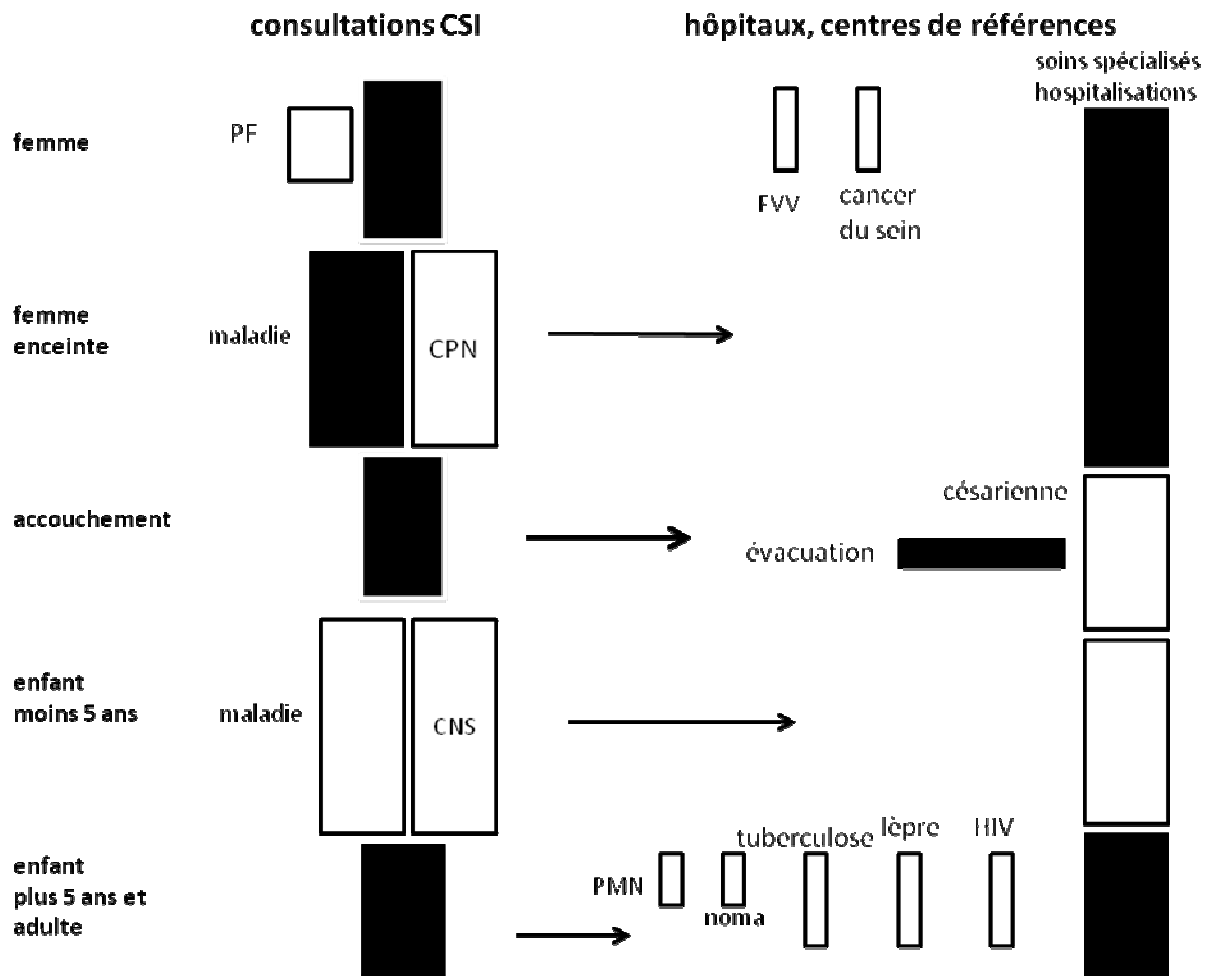


Mali : traitements anti-paludéens (en 2008)



1.

Niger (en 2008)



Ce rapport est issu de la recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Mali, Burkina Faso, Niger », financée par l'AFD et le CRDI.

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin), dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « Etudes et Travaux du LASDEL » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne (www.lasdel.net) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- n°85 Les pouvoirs locaux et le rôle des femmes dans les arènes locales à l'heure de la décentralisation (Site de Namaro, 2006), par Younoussi Issa (2011)**
- n°86 La construction du « local » et la gouvernance communale par le bas. L'exemple de la commune rurale de Banibangou (Niger), par Hamani Oumarou (2011)**
- n°87 Les pouvoirs locaux et le rôle des femmes à Guéladio (4), par H.Moussa (2011)**
- n°88 La délivrance des services publics dans la commune rurale de Bermo, par A.Oumarou (2011)**

LASDEL

LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL

BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50

WWW.LASDEL.NET