

L'EXEMPTION DE PAIEMENT DES SOINS AU BURKINA FASO, MALI ET NIGER

Les contradictions des politiques publiques

Jean-Pierre Olivier de Sardan, Valéry Ridde

De Boeck Supérieur | « *Afrique contemporaine* »

2012/3 n° 243 | pages 11 à 32

ISSN 0002-0478

ISBN 9782804175757

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2012-3-page-11.htm>

!Pour citer cet article :

Jean-Pierre Olivier de Sardan, Valéry Ridde, « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine* 2012/3 (n° 243), p. 11-32.

DOI 10.3917/afco.243.0011

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger

Les contradictions des politiques publiques

Jean-Pierre Olivier de Sardan
Valéry Ridde

Face aux problèmes d'accès aux soins liés au recouvrement des coûts, de nombreux pays africains organisent aujourd'hui des politiques d'exemption du paiement pour certaines catégories vulnérables. Fondé sur l'étude des politiques publiques et l'enquête de terrain socio-anthropologique, cet article dresse un bilan comparatif pour le Burkina Faso, le Mali et le Niger, qui ont choisi des dispositifs d'exemption relativement différents. Les problèmes dans la conception et la mise en œuvre restent similaires. Les mesures d'exemption sont souvent prises en fonction d'un mélange de calculs politiques internes et de pressions externes. Le fonctionnement des dispositifs est la plupart du temps chaotique et incohérent, faute de préparation, de communication, de gestion efficace et surtout de financements. De nombreux effets inattendus sont mis au jour. Du fait notamment des ruptures de stock, la qualité des soins est loin d'être garantie.

Mots clés : Politique publique – Santé – Gratuité des soins – Burkina Faso – Mali – Niger



De plus en plus de voix s'élèvent en faveur d'une couverture universelle permettant à tous un accès équitable aux soins de santé modernes sans barrière financière (OMS, 2010). La 65^e assemblée mondiale de la santé de mai 2012 a largement mobilisé les ministres de la Santé sur cette question. Cette couverture universelle commence à être mise sur l'agenda politique d'un certain nombre d'organisations internationales et de pays africains (Robert *et al.*, dans ce numéro). Mais elle reste encore un horizon relativement lointain. Aller dans cette direction suppose l'adoption de diverses

Valéry Ridde est professeur agrégé en santé mondiale à l'université de Montréal et chercheur au centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal.

Jean-Pierre Olivier de Sardan est chercheur au LASDEL de Niamey (Niger), directeur de recherche émérite au CNRS et directeur d'études à l'EHESS (Paris).

mesures transitoires, de réformes progressives des systèmes de santé, et la mise au point de mécanismes de financement stables. Ce n'est pas une tâche aisée, dans la mesure où, dans la plupart des pays africains, les politiques publiques connaissent de nombreuses difficultés, tant dans leur élaboration que dans leur exécution. Les politiques de santé en sont une illustration. C'est dans une telle perspective qu'il faut situer les exemptions de paiement des soins qui se sont multipliées dans la quasi-totalité des pays africains au cours de la dernière décennie, et qu'il faut tenter d'en tirer quelques leçons pour l'avenir.

Ces récentes réformes tournent d'une certaine façon la page du consensus qui s'était construit autour de l'Initiative de Bamako, qui, depuis la fin des années 1980, avait inscrit au cœur des systèmes de santé africains un triptyque : recouvrement partiel des coûts au point de délivrance des services, médicaments essentiels génériques et participation communautaire. Le bilan de l'Initiative de Bamako est mitigé. D'un côté, les médicaments sont devenus partout disponibles dans les nombreux centres de santé construits, mais, de l'autre côté, les soins sont restés financièrement inaccessibles pour les populations les plus vulnérables (Mc Coy *et al.*, 2011 ; Balique *et al.*, 2001 ; Gilson *et al.*, 2000 ; Ridde, 2012) et l'accès aux soins reste très insatisfaisant : rares sont les pays où les taux de consultations curatives dépassent 0,5 consultation par an et par personne. Si les comités de gestion permettent un certain droit de regard des usagers sur les personnels de santé, leur fonctionnement pose de nombreux problèmes.

Ainsi, quatre défis majeurs se dressent aujourd'hui concernant la santé en Afrique, et aucun n'a véritablement trouvé de solution dans le cadre des politiques de recouvrement partiel des coûts de ces trente dernières années : les indicateurs de santé, qui placent l'Afrique en queue du peloton des nations, n'ont connu que de faibles améliorations ; les Objectifs du millénaire pour le développement ne seront pas atteints en 2015 ; une forte proportion des populations reste à l'écart du système de soins modernes, notamment les groupes les plus vulnérables ; la qualité des soins délivrés par le système de santé public est globalement faible (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003), et les ressources humaines sont parfois insuffisantes et toujours inégalement réparties sur les territoires ; la part de la santé dans les budgets nationaux est notoirement insuffisante et encore bien loin, pour la plupart des pays, de la volonté déclarée à Abuja (15 %) (Ridde, 2012 ; Who, 2011).

Les politiques de gratuité entendent remédier aux deux premiers défis. On verra que leur mise en œuvre se heurte aux deux derniers. Ces politiques de gratuité, plus exactement d'exemption de paiement au point de service, sont en effet apparues comme des solutions *a priori* relativement simples permettant en théorie de lever la barrière financière de l'accès aux soins mise en évidence

1. Voir les différents articles du présent numéro et, pour des analyses plus détaillées concernant le Niger, lire Diarra (2011) ; Kafando, Mazou,

Kouanda, Ridde (2011) ; Ousseini (2011a et b) (tous téléchargeables sur www.lasdel.net). Une version plus développée du présent texte se

trouve dans Olivier de Sardan, Ridde (2011) (www.lasdel.net).

depuis vingt ans dans de nombreux travaux. La commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé avait en 2008 souligné le besoin de supprimer le paiement au point de service. La déclaration de Ouagadougou de l'OMS en 2008 sur les soins de santé primaires avait rappelé l'importance de l'équité. Les chefs d'État africains ont préconisé en 2010 la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, suivant en cela les agences

Encadré 1. Dispositif d'analyse des politiques publiques de santé

Trois pays sahéliens – le Burkina Faso, le Mali et le Niger – nous serviront d'exemples pour analyser les modalités de ces nouvelles politiques publiques de santé. Tous trois ont en effet, ces dernières années, élaboré et mis en œuvre une série de mesures d'exemption de paiement (totale ou partielle) en faveur de certaines catégories de la population, ou pour certains services de santé. Mais chaque pays a choisi un dispositif spécifique. Nous proposerons, sur la base d'une analyse comparative d'enquêtes menées dans les trois pays à l'occasion d'un programme de recherches coordonné par le LASDEL (Niger) et le CRCHUM (Canada)¹, un bilan comparatif au regard des trois principaux éléments de toute politique publique (Lemieux, 2002) : l'émergence ; la mise en œuvre ; les effets.

Notre approche scientifique s'inscrit en complément d'une série d'analyses de politiques d'exemption de paiement publiées récemment (Meessen *et al.*, 2011 ; Ridde, Morestin, 2011) mais où les pays de l'Afrique de l'Ouest et les enquêtes socio-anthropologique de terrain (Olivier de Sardan, 2008) étaient très peu représentées. Ces publications soulignaient d'ailleurs la nécessité de produire de nouvelles connaissances empiriques en recourant à des approches de terrain approfondies, du type de celle que nous avons adoptée.

La majorité des recherches entreprises sur les politiques de gratuité jusqu'à la fin des années 2000 concerne leurs effets sur l'utilisation des services et la réduction du fardeau financier pour les ménages (Ridde, Morestin, 2010 ; Meessen *et al.*, 2011 ; Lagarde, Palmer, 2011). Faute d'études d'impact, très difficiles à opérer méthodologiquement, ces analyses ont été réalisées à petite échelle ou avec des modélisations. Elles révèlent toutes des effets positifs, ce que confirment évidemment les études déjà anciennes ayant montré l'inefficacité et l'injustice du paiement direct (Evans, Barer, Stoddart, 1993). En revanche, notre recherche comble un vide en ce qui concerne les modalités d'émergence et de mise en œuvre des politiques de gratuité en Afrique, les difficultés qu'elles rencontrent, ou leur perception par les parties prenantes. Elle s'est intéressée aux aspects processuels de ces politiques, a pris en compte les approches systémiques (Ridde, Robert et Meessen, 2012) et a utilisé des méthodes mixtes interdisciplinaires (Gilson *et al.*, 2011 ; Ridde, Olivier de Sardan, dans ce numéro). Nous décrirons dans un premier temps le contexte et le contenu de ces politiques étudiées.

des Nations unies qui avaient pris cette position dès 2009 (Robert *et al.*, dans ce numéro).

Le contexte et le contenu des politiques d'exemption

L'introduction récente d'un « paradigme de l'exemption », modulé différemment selon les pays, s'est faite dans un contexte sanitaire commun aux trois pays, ayant deux caractéristiques fondamentales : la présence d'une politique générale de recouvrement partiel des coûts ; de mauvais indicateurs de santé.

Un contexte sanitaire national et international similaire. Sous la colonisation française, le régime de santé était partout le même (Yaogo *et al.*, 2012) : une « gratuité² » des soins pour l'usager au point de délivrance, financée sur le budget de l'État colonial³, 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 épidémies (Bado, 1996 ; Van Lerberghe, De Brouwere, 2000). Les indépendances ont vu éclore une multiplication des formations sanitaires, notamment dans le monde rural, le principe de la gratuité restant en vigueur. Mais, aux débuts des années 1980, quand les États ont été plongés dans de graves difficultés financières et ont été affaiblis par les politiques d'ajustement structurel, 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 Bamako (IB), les trois pays ont alors mis en place à la fin des années 1980 une politique de recouvrement partiel des coûts auprès des usagers qui est à ce jour encore le système officiel : les recettes perçues par les formations sanitaires au point de délivrance des soins leur permettent d'acheter des médicaments essentiels génériques (MEG) et d'assurer diverses dépenses de fonctionnement. Des comités de santé, formés avec des représentants de la population, assurent la gestion du système, lequel a permis une accessibilité géographique en médicaments relativement satisfaisante. Cependant, le recouvrement des coûts a toujours connu diverses exceptions sectorielles : les vaccinations, les traitements de la tuberculose, de la lèpre ou la lutte contre certaines épidémies (choléra, méningites).

Dans les années 2000, des critiques importantes à l'égard du recouvrement des coûts ont commencé à émerger. D'une part, les mesures d'accompagnement prévues en faveur des indigents n'avaient jamais été prises (Ridde, 2008 ; Gilson *et al.*, 2001). D'autre part, les objectifs des Objectifs du millénaire

2. Le terme « gratuité » est largement utilisé par les acteurs, mais c'est « exemption de paiement » qui est l'expression techniquement appropriée.

3. 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 ».

pour le développement (OMD) dans le domaine de la santé restaient toujours hors de portée. Burkina Faso, Mali et Niger connaissent en effet les mêmes problèmes de santé publique.

Un nouveau paradigme en faveur de mesures d'exemption de paiement, associé à un objectif à long terme de mise en place d'un accès universel au système de santé, a émergé dans les années 2000. Ce paradigme cumule un argument d'« équité » en faveur des plus vulnérables ou des plus pauvres, et un argument de « levier », l'exemption du paiement devant accroître de façon significative l'accessibilité générale et la fréquentation des formations sanitaires en levant la barrière financière.

Les politiques d'exemption au Burkina Faso, Mali et Niger. Dans les trois pays, une série de mesures d'exemption de paiement des usagers a été prise à partir du milieu des années 2000, sous l'influence de ce paradigme, mais en fait au « coup par coup », les unes après les autres, sans véritable réflexion globale, et sans avoir été prévues dans les politiques de santé et autres plans de développement sanitaire.

Aux anciennes exemptions par pathologie sont donc venues s'ajouter en rafales : la prise en charge et la prévention du sida – ARV (gratuité partout) ; les césariennes (gratuité au Mali et Niger, subvention, puis gratuité envisagée au Burkina Faso) ; les accouchements (subvention au Burkina Faso, gratuité envisagée au Niger) ; les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans (gratuité totale au Niger ; gratuité des traitements antipaludéens au Mali ; gratuité du paludisme grave et subvention des antipaludéens au Burkina Faso ; gratuité des moustiquaires imprégnées partout) ; les cancers féminins et les contraceptifs (gratuité au Niger).

Mais, dans les trois pays, la délivrance des soins reste officiellement basée sur le recouvrement des coûts, dans lequel les mesures d'exemption sont « enchâssées ». Autrement dit, on a assisté à la mise en place d'une coexistence entre deux sous-systèmes. D'un côté, des consultations et des médicaments payants pour les catégories non exemptées. De l'autre, des consultations et des médicaments gratuits pour les catégories exemptées. Les deux modalités coexistent selon des architectures diverses et complexes.

Mais les mesures d'exemption peuvent parfois affecter l'équilibre global du système, notamment celles qui concernent les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, car elles forment la majorité des consultations de premier niveau et assuraient donc la majorité de leurs recettes. De plus, parmi les motifs de consultation pour les enfants de moins de cinq ans, le paludisme est de très loin en tête.

Les dispositifs d'exemption retenus ont été très différents d'un pays à l'autre, et sont intégrés de façon très variable dans la politique de santé de chaque pays. Le Niger a choisi une option plus ambitieuse, là où le Burkina Faso a procédé par mesures progressives, le Mali ayant une politique intermédiaire (voir encadré 2).

Encadré 2. Une variété de dispositifs d'exemption de soin retenus selon les pays

Burkina Faso. Les politiques y ont privilégié la subvention plutôt que la gratuité, en laissant une faible part du prix à la charge des patients, tout en concédant peu à peu quelques périmètres de gratuité.

Dans la lutte contre le paludisme, les ACT (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine) ont été fortement subventionnés (par exemple 100 francs CFA pour les moins de cinq ans). Un programme de distribution d'ACT à ces prix par les agents de santé communautaires (ASC) a été lancé à l'échelle nationale en 2011. En 2005, la prise en charge des cas de paludisme grave est devenue gratuite. Les moustiquaires imprégnées sont aussi gratuites et distribuées à l'échelle du pays depuis 2010.

En ce qui concerne la santé maternelle, une subvention (60-80 % selon les services et le niveau d'accès aux soins) est accordée pour les accouchements eutociques comme pour les césariennes. Les dépenses sont avancées par les formations sanitaires et leur sont remboursées par l'État, dans un premier temps sur la base d'un forfait (dont le montant avait été mal calculé (Ridde *et al.*, 2011) et aujourd'hui sur la base des dépenses réelles (factures). 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. À la différence de cette politique par petits pas, le Mali et le Niger ont pris une série de mesures soudaines d'exemption sectorielle totale, à l'échelle de tout le pays.

Mali. Le Mali a opté simultanément pour deux types de mesures distinctes. D'une part, une politique de gratuité antipaludéenne ciblée sur les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, avec la fourniture gratuite d'antipaludéens, de tests rapides et de moustiquaires imprégnées. Ces produits sont mis par l'État à la disposition des formations sanitaires sous formes de kits. Les consultations restent payantes. D'autre part, la gratuité des césariennes, sous forme de mise à disposition de kits pour les produits et d'un remboursement par l'État aux hôpitaux (CSRef) des prestations chirurgicales, des coûts d'hospitalisation et des examens préopératoires. Il a cependant fallu attendre quatre ans après la décision pour qu'un arrêté ministériel fixe les modalités de remboursement.

Niger. Le Niger a opté pour une exemption totale des frais de consultations et de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans, ainsi que pour les consultations prénatales, les services de planification familiale et les césariennes. L'État intervient en tant que tiers payant, en remboursant les formations sanitaires sur la base d'un forfait. Le forfait pour la césarienne comprend la prestation chirurgicale, les coûts d'hospitalisation, les examens préopératoires et les produits. Pour les enfants de moins de cinq ans, le forfait comprend la consultation et les médicaments et il varie en fonction de la pyramide sanitaire.

Des processus convergents d'élaboration et de décision

Alors que les dispositifs d'exemption sont très différents, il est frappant de constater de nombreuses convergences dans la façon selon laquelle ces politiques ont été élaborées et décidées. Les décisions d'exemption représentent un mélange paradoxal de volontarisme présidentiel et de pressions externes, et se caractérisent par un manque de préparation et de communication.

Présidentialisation et pressions extérieures. Dans les trois pays, les mesures d'exemption ont été très personnalisées autour du président de la République, mais peut-être dans une moindre mesure au Burkina Faso. Les techniciens ont été « court-circuités » par des annonces présidentielles soudaines. Sur arrière-plan d'échéances électorales et d'ambitions présidentielles, les « gratuités » 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 des organisations internationales en faveur de ces mesures étaient nombreuses, les trois pays figurant parmi les « derniers de la classe » dans l'atteinte des OMD. C'est dans le contexte de sa négociation avec la Banque mondiale que le Burkina Faso avait déjà supprimé le paiement des consultations prénatales et des consultations nourrissons en 2002. C'est toujours sous pression de la Banque mondiale que le pays a introduit de fortes subventions ou des exemptions de paiement dans le domaine de la santé maternelle, notamment dans la définition des interventions à impacts rapides (Richard *et al.*, 2011). Au Mali, la nécessité d'être éligible pour le Fonds mondial, après avoir été « recalé » précédemment, a joué un rôle important dans le passage à la gratuité ciblée des antipaludéens. Au Niger, c'est au cours de négociations avec la Banque mondiale que des mesures d'exemption, fortement recommandées par la Banque, auraient été décidées précipitamment.

Impréparation technique et financière et de communication. Les exemptions de paiement ont été des décisions nationales, revendiquées comme souveraines, et mises en place par les techniciens nationaux sans aide particulière de l'extérieur, ce qui est plutôt rare dans l'histoire des politiques de santé. Mais ces mesures ont été décidées dans une grande précipitation. 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. C'est moins le cas au Burkina Faso où les acteurs concernés ont largement participé à la formulation des politiques de subvention des accouchements ou des ACT. Au Mali et au Niger, les techniciens 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, lorsque cela a été fait.

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 préalables. Seules des ONG avaient entrepris des tests, mais ceux-ci n'avaient pas fait l'objet d'évaluation au moment où les décisions ont été prises.

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 ses effets secondaires (qui se sont avérés indésirables et ont dissuadé de nombreux usagers, ainsi que des personnels de santé) ; l'exonération des douanes pour l'importation des moustiquaires devant être distribuées gratuitement n'a été obtenue que plus de deux ans après la décision. Même au Burkina Faso, qui a pris des mesures plus prudentes et plus progressives, on a pu constater de bonnes doses d'impréparation et d'improvisation. Ainsi, l'arrivée des moustiquaires a été très tardive et elles ont été distribuées après le pic du paludisme ; des ruptures de stocks majeures des ACT sont constatées et aucun financement n'a été prévu pour l'accompagnement de la mise en œuvre de la politique de subvention des accouchements. Mais le cas du Niger est le plus révélateur.

C'est en effet la politique la plus ambitieuse, notamment avec l'exemption totale pour les enfants de moins de cinq ans. Mais c'est aussi la politique la plus coûteuse. Et c'est la politique la plus improvisée. En effet, 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 rejetée par le ministère de la Santé). Il a fallu une bonne dose d'improvisation et un travail acharné des acteurs impliqués, pour bâtir tant bien que mal dans l'urgence l'architecture très complexe des dispositifs organisationnels, techniques et financiers nécessaires à l'application des décisions d'exemption (Ousseini, 2011a).

L'affirmation par le président de l'époque d'une décision souveraine s'appuyant sur des financements nationaux s'est donc heurtée à une impréparation des structures de l'État et son incapacité à assurer ses engagements financiers. Il est à noter que les partenaires techniques et financiers (PTF) intervenant dans le secteur de la santé n'avaient pas été avertis de ces mesures (en dehors de la Banque mondiale, qui n'a d'ailleurs accordé aucun financement pour les exemptions qu'elle avait pourtant encouragées).

Les trois pays convergent dans un processus déficient de communication. Les personnels de santé ont été mis soudainement devant le fait accompli, sans discussions préalables ni préparation, même si au Burkina plusieurs ateliers d'informations ont été réalisés dès les débuts, mais ne touchant pas tous les agents et n'ayant jamais été renouvelés. Les mesures de communication ont été prises après coup, et ont été considérées en général comme incomplètes et insuffisantes. Le manque d'information en direction des usagers est déploré dans les trois pays, malgré l'existence de brochures ou de fiches parfois très explicites, quoique souvent tardives et rarement traduites en langues nationales.

Mali et Niger, mise en œuvre des politiques d'exemption

Dysfonctionnements et complexité bureaucratique. Ces dispositifs très différents connaissent des goulots d'étranglement de même type : la délivrance d'un service gratuit à l'utilisateur est menacée par des ruptures fréquentes en intrants (Mali), ou par des retards considérables dans le remboursement des factures, qui l'empêchent de s'approvisionner en produits (Niger). Au Mali, dans le secteur régulé par des remboursements (les prestations des césariennes), on constate aussi des retards importants, qui créent des problèmes de gestion. Ces ruptures et ces retards de remboursement constituent évidemment le principal dysfonctionnement du système, dans les deux cas.

Une seconde caractéristique commune est le caractère très complexe des procédures et de la logistique comptable élaborée pour gérer les exemptions au sein du recouvrement des coûts. Les outils de gestion sont nombreux et longs à remplir. Une avalanche de fiches, de registres, de factures, de bordereaux est nécessaire. Cette complexité bureaucratique pèse sur les agents des formations sanitaires délivrant les prestations, mais aussi sur les échelons intermédiaires et sur les échelons centraux. Ces tâches bureaucratiques supplémentaires ne sont pas financées par la politique de gratuité.

Par ailleurs, il n'existe aucun 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 véritables changements de tendances), ils gommement systématiquement tous les problèmes rencontrés sur le terrain. Les ruptures de stocks ou les graves conséquences des retards de remboursements, très variables selon les formations sanitaires, n'y apparaissent, par exemple, que très rarement. La qualité des soins gratuits n'est jamais évaluée, pas plus que la réalité des actes remboursés.

Les frontières incertaines de la gratuité. L'articulation entre ce que doit payer l'utilisateur et ce qui lui est délivré gratuitement est assez confuse du point de vue de l'utilisateur. Les périmètres respectifs des deux paradigmes (recouvrement/exemption) s'emboîtent fréquemment et le dispositif général est complexe. Dans l'espace même de la « gratuité », l'utilisateur ne sait jamais très bien quand il est ou non exempté de paiement, et jusqu'à quel point. Au Mali, la consultation pour les enfants de moins de cinq ans est payante, mais les médicaments antipaludéens sont gratuits, alors que les médicaments pour les autres pathologies (parfois se combinant au paludisme) ne le sont pas. La césarienne est gratuite, mais pas les médicaments pour les complications, ni les interventions pour une grossesse extra-utérine. Au Niger comme au Mali, les ruptures de médicaments aboutissent à délivrer des ordonnances payantes aux malades exemptés. Au

Niger, les carnets de santé restent payants, et il a été longtemps perçu au niveau de la plupart des districts des « centimes additionnels » (100 francs CFA) pour financer l'essence des ambulances de référence-évacuation y compris sur ceux qui viennent pour une consultation « gratuite » (Diarra, dans ce numéro). Par ailleurs, partout, la frontière de cinq ans est évidemment arbitraire et tend à être contournée ou déplacée par les uns et les autres.

Les incohérences des demi-mesures : le cas des évacuations. Le transport en ambulance n'est pas inclus dans le paquet de services concernés par les exemptions. Cela pose un grave problème dans la mesure où l'évacuation rapide en cas d'accouchement dystocique est un facteur décisif de lutte contre la mortalité maternelle, inséparable de l'intervention chirurgicale. Or, le coût de l'évacuation peut facilement atteindre et même dépasser le coût de la césarienne elle-même et il reste à la charge des familles, qui doivent mobiliser dans l'urgence une somme importante⁴. Certains dispositifs partiels, plus ou moins fonctionnels, existent toutefois à ce niveau.

Au Mali, il y a un système de caisses de solidarité pour les évacuations : mais la décision de l'exemption du paiement l'a mis en difficulté, car beaucoup de personnes ont cru que cette exemption concernait aussi la contribution financière aux caisses et n'ont plus contribué.

Au Niger, les districts ont certes été équipés en ambulance par l'ancien programme spécial du président, mais sans prendre en compte la question du coût de l'essence et des indemnités du chauffeur, autrement dit en laissant entier le coût de l'évacuation. La généralisation informelle des « centimes additionnels » a alors émergé comme une solution palliative. Elle aboutissait à prélever sur tous les usagers des centres de santé une taxe modique pour constituer un fonds qui servirait à financer les évacuations, celles-ci devenant gratuites. Les fonds ont permis d'assurer un certain nombre d'évacuations gratuites, mais ont été aussi thésaurisés par les comités de santé, à l'image des fonds du recouvrement des coûts avant qu'ils ne soient ponctionnés par les retards de remboursements (Kafando *et al.*, dans ce numéro). Le ministère de la Santé a considéré que les usagers officiellement exemptés ne devaient pas payer le « centime additionnel ». Il a donc interdit aux centres de santé de prélever les 100 francs CFA sur les consultations des enfants de moins de cinq ans. Du coup, ces fonds se sont asséchés, car ces consultations constituent la majorité des cas. Cette intervention s'est faite sans définir aucune formule institutionnelle alternative. Autrement dit, une mesure promulguée au nom de la cohérence officielle d'une politique publique a abouti, sans proposer de solution, à bloquer une initiative pour pallier l'incohérence réelle de cette même politique !

4. Une recherche à Kayes au Mali a 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).

Une opposition larvée. Partout les personnels de santé sont perplexes face aux politiques d'exemption, voire hostiles. Nous n'avons jamais rencontré de soutien systématique en faveur de l'exemption telle qu'elle est mise en œuvre actuellement. Les personnels de santé, au Mali (Touré, dans ce numéro) 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) 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 au Mali quand, faute de kits « palu grave », les antipaludéens correspondant sont vendus. C'est le cas au Niger quand, en l'absence de médicaments dans les formations sanitaires, à cause des retards de paiement de l'État, les personnels de santé délivrent des ordonnances pour des médicaments qu'il faudra acheter.

Le problème de la perfusion financière de certaines formations sanitaires.

Un nouveau type d'inégalité entre formations sanitaires est apparu, entre celles qui sont soutenues par des « projets » qui appuient la gratuité (financements ou assistance technique pour éviter les ruptures de stocks) et celles qui n'en bénéficient pas.

Au Mali, une expérience de gratuité sectorielle partielle puis totale dans le district de Kangaba a été menée par MSF-OCB de 2006 à 2011 (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). Au Niger, diverses ONG (Help, Médecins du monde) ont appuyé financièrement et techniquement des districts sanitaires en leur permettant de ne pas subir les conséquences des retards de remboursement. Il faut souligner que les dispositifs d'exemptions de paiement pilotés par des ONG dans les trois pays 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). Elles ne sont donc pas significatives de la capacité de l'État à faire fonctionner par lui-même un dispositif de gratuité.

Au-delà même des ONG intervenant dans le domaine de la gratuité, les dons en intrants reçus par les formations sanitaires sont extrêmement variables et sont des facteurs d'inégalités entre formations sanitaires. Par exemple, au Niger, en 2009-2010, le montant estimé des dons en médicaments reçus par le district sanitaire de Loga a été 41 millions, pour moins de 2 millions pour le district voisin de Doutchi (Kafando *et al.*, 2011 ; Ousseini, 2011b). Une autre

inégalité entre formations sanitaires s'est enfin développée au Niger par rapport aux remboursements. Selon des critères opaques pour les agents de santé, certains districts obtiennent, certes avec retard, des taux de remboursements nettement supérieurs aux autres. Pour la période 2006-2010, le district de Loga a eu un taux de remboursement de 72 %, celui de Douthi de 51 % et celui de Dosso de 32 % (Kafando *et al.*, 2011 ; Ousseini, 2011b).

Paradoxalement, alors que les discours officiels promeuvent la déconcentration et la décentralisation, les dispositifs d'exemption, très verticaux, aboutissent à une recentralisation et une reconcentration. Ils fragilisent les structures de gestion communautaire décentralisées qui avaient été mises en place depuis une vingtaine d'années. 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. Quant aux communes, qui ont pourtant sur le papier reçu de nombreuses compétences en matière de santé, elles sont totalement exclues du jeu.

Deux différences architecturales et financières. Deux séries d'éléments nous semblent distinguer le Mali du Niger quant à la construction des édifices organisationnels et financiers chargés de mettre en œuvre la gratuité.

Pour le paludisme au Mali, le dispositif est géré par une direction du ministère. L'ancien « programme palu », qui a la charge de l'approvisionnement en ACT, a été érigé en direction nationale. 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, est géré, de manière paradoxale, par une toute petite cellule *ad hoc* et sans véritablement de moyens, 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 suffisant. Le circuit de remboursement est extrêmement complexe.

Le dispositif malien est beaucoup moins coûteux pour le budget national et bénéficie des financements internationaux consacrés à la lutte contre le paludisme. En revanche, le dispositif nigérien, qui couvre toutes les pathologies infantiles, est très exigeant financièrement. Aujourd'hui, le coût de la gratuité est estimé à environ dix milliards de francs CFA par an. Mais l'État ne se donne pas les moyens de couvrir ce montant. Et, comme il ne rembourse pas les formations sanitaires, sa dette envers elles s'accroît d'année en année pour atteindre à ce jour près de vingt milliards de francs CFA. Aujourd'hui le problème des retards de remboursements menace le fonctionnement même de l'ensemble du système de santé au Niger.

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 la subvention au détriment de l'exemption, 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 deux régions de près de deux millions 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, mais elle reste présente : la dose d'ACT est vendue 100 francs CFA 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 mais pour lesquels les ruptures de stocks sont importantes. Quant aux ARV, ils ne sont que tout récemment devenus gratuits. Jusqu'en 2009, les patients devaient payer un forfait de 1 500 francs CFA (Ridde *et al.*, 2012).

La politique burkinabé semble donc nettement plus pragmatique que les politiques malienne et nigérienne. Les phases de préparation et de mise au point du dispositif ont été mieux réfléchies. La politique budgétaire est conçue pour chaque étape et elle reste réaliste dans le cadre du budget national. Ce sont les structures routinières de la santé qui mettent en œuvre cette politique et son système de remboursement. Cependant, au-delà de cette évidente et importante différence dans la conduite des politiques de santé, on retrouve divers points communs avec le Mali et le Niger.

Aucune évaluation de la première étape de la subvention de l'accouchement n'a été effectuée avant de passer à la seconde et cette extension rapide en 2007 a été effectuée contre l'avis des techniciens de la Banque mondiale en appui (Ridde *et al.*, 2011). Le programme de distribution des ACT par les agents de santé communautaires (ASC) a été lancé à l'échelle nationale sans attendre les résultats des évaluations des sites pilotes. 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 césariennes (Richard *et al.*, 2008) et sans une bonne compréhension et harmonisation des procédures de gestion). Le forfait accouchement a été surestimé et les rapports le démontrant ont été ignorés. L'information a été tardive, et relativement insuffisante. La dotation de médicaments gratuits pour les indigents en 2005 organisée par la même direction nationale en charge de la politique de subvention des SONU 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. Un budget a été voté pour exempter à 100 % des frais d'accouchement les ménages les plus démunis (soit 20 % des accouchements) et lever totalement 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 à l'intérieur du pays sur ce point ont été largement valorisées auprès des décideurs nationaux, mais ignorées (Bicaba *et al.*, 2010).

Les effets inattendus des mesures d'exemption

L'objectif principal des mesures d'exemption était de favoriser l'accès aux soins, en enlevant la barrière financière. Cet objectif a clairement été atteint : partout la hausse de la fréquentation est attestée. Les chiffres disponibles sont nombreux et éloquentes à ce sujet dans les trois pays⁵. Nous ne nous attarderons donc pas sur ce constat, sur lequel les institutions officielles ont déjà largement communiqué. Il faut noter aussi que, dans les projets pilotes de gratuité promus par des ONG du Nord, les hausses de fréquentation sont encore plus importantes. Mais on peut alors se demander si les ONG n'apportent pas aussi aux usagers des garanties supplémentaires de qualité que les formations sanitaires publiques sans appui extérieur ne fournissent pas quant à elles. En effet, les mesures d'exemption sont souvent perçues, au Mali et au Niger, comme ayant entraîné une baisse de qualité. C'est un de leurs effets inattendus, parmi d'autres. Nous distinguerons cinq de ces effets inattendus constatés lors de nos enquêtes.

Premièrement, la gratuité est loin d'être totale pour l'utilisateur du fait de la persistance : des coûts directs non pris en charge dans le paquet de gratuité ; des coûts indirects (transports, accompagnants, nourriture) ; des coûts illicites (facturations indues, « cadeaux » aux personnels de santé, ventes illicites de médicaments ou de faveurs). 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.

Deuxièmement, les ruptures dans l'approvisionnement en médicaments gratuits ou les retards dans les remboursements aux formations sanitaires, aboutissent aux mêmes résultats négatifs : des pénuries empêchent la délivrance des médicaments. Faute de médicaments gratuits disponibles, les

5. Pour la quantification de ces effets, nous renvoyons aux écrits suivants : Heinmüller *et al.* (2012) ; Ridde, Queuille (2010) ; De Allegri *et al.* (2011) ; Ridde *et al.* (2009) ; Barroy, Laouali (2012) ; Haddad *et al.* (2011).

6. 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 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.

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 (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.

Troisièmement, les formes pédiatriques (sirops) sont considérées comme trop chères depuis qu'il y a l'exemption de paiement. 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 absorbés⁶.

Quatrièmement, une baisse de qualité en liaison avec les exemptions de paiement est souvent perçue par les usagers, mais aussi par des personnels de santé (Touré, dans ce numéro, pour le Mali). Cette baisse de qualité peut être liée aux pénuries de produits comme au Niger, et là où diverses analyses de laboratoire ne se font plus, faute d'argent pour acheter les réactifs. Elle peut aussi provenir de la surcharge de travail des personnels due à l'augmentation de fréquentation, bien que cette surcharge ne soit pas nécessairement prouvée (Kouanda *et al.*, dans ce numéro), ou de la démotivation des personnels face à la gratuité. Le récent programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso, où les premières observations montrent que des ASC hâtivement formés donnent de manière systématique les ACT aux enfants venus les consulter dans les villages, ce qui n'est pas sans risques pour la création de résistances, peut aussi illustrer ce problème de qualité des soins, sans parler des ruptures de stocks majeures aujourd'hui enregistrées. Mais le problème de l'évaluation de la qualité des soins est redoutable. Nos techniques d'enquêtes qualitatives 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. La question de la qualité des prestations reste donc à documenter.

Cinquièmement, 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 (Olivier de Sardan, 2011). 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. Ce paiement « de dépannage » peut même être demandé à titre préventif comme c'est le cas au Niger avec les centimes additionnels prélevés dans la plupart des districts pour assurer les évacuations et éviter que le coût de celles-ci n'incombe aux patients. 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 prénatales (Burkina Faso) ; les formations

sanitaires reçoivent des remboursements très variables sans que les critères ne soient connus (Niger).

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, 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, les deux étant liés.

On retrouve dans la santé les mêmes difficultés qui pèsent plus généralement sur toutes les politiques publiques dans les pays du Sahel : des mesures annoncées de façon « politique », sans études de faisabilité ou projets pilotes, sans que les mesures techniques soient prêtes, sans que les usagers et les professionnels aient été consultés et suffisamment associés, sans que l'État 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. Un premier enjeu pour les États africains est donc de garantir la pérennité financière des mesures d'exemption et de tenir leurs engagements en la matière.

L'exemption pour les enfants de moins de cinq ans au Niger a clairement amélioré la fréquentation des centres de santé en enlevant la barrière financière, comme on pouvait s'y attendre, mais sans doute au détriment de la qualité des soins délivrés gratuitement, en tout cas lorsqu'il n'y a pas d'ONG pour soutenir la formation sanitaire. Les résultats des projets pilotes des ONG dans les trois pays sont révélateurs : ils accompagnent les exemptions de paiement des soins par de multiples mesures permettant de répondre à la hausse de la demande sans baisse de qualité des soins, voire avec une amélioration⁷. Mais c'est avec un apport important de moyens et d'expertise venant de l'extérieur.

Ce paradoxe de formations sanitaires qui servent de vitrines pour une nouvelle politique publique ou de démonstration du bien-fondé de ses principes, parce qu'elles bénéficient d'une aide extérieure directe, à la différence des autres formations sanitaires, n'est pas nouveau. Il en avait été de même (ironie de l'histoire) lors de la mise en place de l'Initiative de Bamako, où certaines expériences « perfusées » au Cameroun et au Niger montraient que le recouvrement des coûts, s'il était accompagné de multiples mesures d'appui, ne réduisait pas l'utilisation des services (Litvak, Bodart, 1993 ; Diop *et al.*, 1995). L'apport

7. Ainsi, une recherche effectuée au Burkina Faso 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 (Atchessi *et al.*, 2012).

externe était tout aussi important et les enjeux de ces expériences ont été largement discutés, y compris par les francophones il y a bien longtemps (Dumoulin, Kaddard, 1993).

Un bilan d'une politique publique (que ce soit l'IB ou la gratuité) doit donc plutôt se faire sur des situations en contexte réel, ce que l'on appelle en santé publique des « expérimentations naturelles » (en l'occurrence des formations sanitaires non perfusées par une aide externe). En ce qui concerne la politique de recouvrement des coûts, c'est incontestablement la disponibilité des médicaments partout dans les pays concernés qui est à mettre à son crédit, mais ceci s'est fait aux dépens de l'accès aux soins, notamment pour les plus pauvres. En ce qui concerne la politique d'exemption, il est clair que la levée de la barrière financière a permis une augmentation spectaculaire de l'utilisation des services. En revanche, des problèmes de logistique, de prévision, d'information et de financement se posent avec acuité. Ils existaient avant les politiques d'exemption, mais ont parfois été aggravés par celles-ci.

Le dernier aspect est la question de la qualité des soins. Là aussi, une qualité insuffisante préexistait aux politiques d'exemption. Mais celles-ci ont parfois engendré une dégradation relative. Pour les États africains et leurs partenaires, c'est donc un second enjeu important, et à divers égards insuffisamment pris en compte, que d'accompagner les mesures d'exemptions, quelles qu'elles soient, par des mesures permettant de garantir et d'améliorer la qualité des soins. Comment faire pour 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).

Il ne faudrait pas que, à cause 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 au Sahel, avec la désaffectation 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, assurances), doivent donc être aussi envisagées dans une perspective d'amélioration durable de la qualité des soins à l'intérieur du système public.

Autrement dit, les politiques d'exemption, et, à plus long terme, les politiques conduisant vers une couverture universelle, doivent être adaptées aux systèmes de santé africains tels qu'ils sont dans la réalité, et non sur le papier,

en tenant compte de leurs dysfonctionnements, leurs difficultés, leurs blocages, leurs goulots d'étranglement : trop souvent les nouvelles politiques publiques ignorent les pratiques routinières et présupposent un système de santé – et un État – idéal, bien loin du système de santé – et de l'État – au quotidien.

Bibliographie

Atchessi, N., Ridde, V., Haddad, S. (2012), "Combining User Fees Exemption with Training and Supervision Helps to Maintain the Quality of Drug Prescriptions in Burkina Faso", *Health Policy & Planning*, à paraître.

Bado, J.-P. (1996), *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique (1900-1960). Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Paris, Karthala.

Balique, H., Ouattara, O., Ag Iknane, A. (2001), « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », *Santé publique*, vol. XIII, n° 1, p. 35-48.

Bicaba, A., Ouedraogo, L., Biao, M.P. (2010), « Plan national de développement sanitaire (PNDS). Évaluation finale », Ouagadougou, ministère de la Santé, SERSAP.

Diop, F., Yazbeck, A., Bitran, R. (1995), "The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger", *Health Policy and Planning*, n° 10, p. 223-240.

Dumoulin, J., Kaddar, M. (1993), « Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes », *Sciences sociales et santé*, vol. XI, n° 2, p. 81-119.

Evans, R., Barer, M., Stoddart, G. (1993), "User Fees for Health Care. Why a Bad Idea Keeps Coming Back", Toronto, CIAR Program in Population Health, août, Working Paper 26.

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*, vol. LVIII, n° 1, p. 37-67.

Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Organa, H., Ouendo, M. (2000), "The Equity Impacts of Community Financing Activities in Three African Countries", *International Journal of Health Planning and Management*, n° 15, p. 291-317.

Gilson, L., Hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I.A., Ssengooba, F., Bennett, S. (2011), "Building the Field of Health Policy and Systems Research, *Social Science Matters*, PLoS Med, vol. VIII, n° 8.

Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.-P. (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

Kafando, Y., Mazou, B., Kouanda, S., Ridde, V. (2011), « Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires », *Études et travaux du LASDEL*, n° 99.

Lagarde, M., Palmer, N. (2011), "The Impact of User Fees on Access to Health Services in Low- and Middle-Income Countries", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4.

Lemieux, V. (2002), *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'université Laval.

Litvack, J.-I., Bodart, C. (1993), "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care. Results of a Field Experiment in Cameroon", *Social Science and Medicine*, vol. XXXVII, n° 3, p. 369-383.

McCoy, D., Hall, J.A., Ridge, M. (2011), "A Systematic Review of the Literature for Evidence on Health Facility Committees in Low- and Middle-Income Countries", *Health Policy Planning*.

Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C.K., Gilson, L. (2011), "Removing User Fees in the Health Sector. A Review of Policy Processes in Six Sub-Saharan African Countries", *Health Policy and Planning*, n° 26, p. 16-29.

Olivier de Sardan, J.-P. (2008), « La crise alimentaire vue d'en bas. Synthèse des recherches menées sur sept sites au Niger », *Afrique contemporaine*, n° 225, p. 217-294.

Olivier de Sardan, J.-P. (2011), "Local Powers and the Co-Delivery of Public Goods in Niger", *IDS Bulletin*, vol. XLII, n° 2, p. 32-42.

Olivier de Sardan, J.-P., Ridde, V. (2011), « Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger) », *Études et travaux du LASDEL*, n° 89.

OMS (2010), « Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle », Genève, OMS.

Ousseini, A. (2011a), « Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants », *Études et travaux du LASDEL*, n° 91.

Ousséini, A. (2011b), « Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de cinq ans. Mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso », *Études et travaux du LASDEL*, n° 92.

Richard, F., Hercot, D., Ouédraogo, C., Delvaux, T., Samaké, S., van Olmen, J., Conombo, G., Hammonds, R., Vandemoortele, J. (2011), "Sub-Saharan Africa and the Health MDGs. The Need to Move beyond the 'Quick Impact' Model", *Reprod Health Matters*, n° 19, p. 42-55.

Richard, F., Ouedraogo, C., Compaore, J., Dubourg, D., Brouwere, V. (de) (2007), "Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care. Experience of Cost-Sharing Mechanism in a District Hospital in Burkina Faso", *Tropical Medicine and International Health*, vol. XII, n° 8, p. 972-981.

Richard, F., Witter, S., Brouwere, V. (de) (2008), *Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources*, SHSOP 25, Antwerp, ITG Press.

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

Ridde, V., Morestin, F. (2011), "A Scoping Review of the Literature on the Abolition of User Fees in Healthcare Services in Africa", *Health Policy and Planning*, n° 26, p. 1-11.

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*, p. 30-40.

Ridde, V., Robert, E., Meessen, B. (2012), "A Literature Review of the Disruptive Effects of User Fee Exemption Policies on Health Systems", *BMC Public Health*, n° 12, p. 289.

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*, vol. IX, n° 89.

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 and Medicine*, n° 66, p. 1368-1378.

Van Lerberghe, W., Brouwere, V. (de) (2000), « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 175-190.

Yaogo, M., Zerbo, R., Ridde, V. (2012), « L'histoire de la gratuité des soins de santé au Burkina Faso », rapport de recherche, programme Gratuité, AFRICsanté, Bobo-Dioulasso.

Who (2011), "World Health Statistics 2011", Geneva, World Health Organization.