

ABDOULAYE OUSSEINI

UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ  
AU NIGER

LA MISE EN PLACE D'EXEMPTIONS DE PAIEMENT  
DES SOINS EN FAVEUR DES FEMMES ET DES ENFANTS

OCTOBRE 2011



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

## SOMMAIRE

<b>PREFACE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
LES CONDITIONS DE L'ENQUETE .....	11
L'ACCES AU TERRAIN .....	13
LES TRAVAUX ABORDANT LA GRATUITE DES SOINS AU NIGER.....	14
<b>I. L'EMERGENCE ET LA FORMULATION DE L'EXEMPTION DU PAIEMENT</b> .....	<b>15</b>
<b>UN CONTEXTE INTERNATIONAL FAVORABLE A L'EMERGENCE DE L'EXEMPTION DU PAIEMENT DES SERVICES DE SANTE.</b> .....	<b>15</b>
<b>LE CONTEXTE NATIONAL</b> .....	<b>17</b>
<b>LA DECISION</b> .....	<b>18</b>
LA PREMIERE DECISION (NOVEMBRE 2005) .....	20
LA GRATUITE POUR LES ENFANTS DE 0 A 5 ANS (AVRIL 2006) .....	21
LA GRATUITE POUR LES CANCERS GYNECOLOGIQUES .....	23
<b>LES PERCEPTIONS AU SEIN DU MSP</b> .....	<b>23</b>
<b>LES DOMAINES DE PRESTATIONS DES SOINS GRATUITS</b> .....	<b>24</b>
<b>LA DEFINITION DE LA POPULATION CONCERNEE</b> .....	<b>25</b>
<b>II. LA MISE EN ŒUVRE</b> .....	<b>27</b>
<b>L'INFORMATION DES ACTEURS LOCAUX</b> .....	<b>27</b>
<b>LE TRAVAIL DES CADRES DU MSP : METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE SANTE COHERENT</b> .....	<b>28</b>
<b>LE COMITE DE PILOTAGE</b> .....	<b>29</b>
<b>RECAPITULATIF DES ETAPES DE LA DECISION DE LA GRATUITE DES SOINS</b> .....	<b>29</b>
TARIFS DES PRESTATIONS GRATUITES .....	34
LE DOSSIER TYPE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT .....	34
<b>LA CELLULE DE LA GRATUITE, "UN GEANT AUX PIEDS D'ARGILE"</b> .....	<b>35</b>
ORGANIGRAMME .....	36
LA RECEPTION DES FACTURES .....	40
L'ARCHIVAGE DES FACTURES .....	40
<b>LE FINANCEMENT DE LA GRATUITE DES SOINS</b> .....	<b>41</b>
L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT (AFD).....	42
LA PARTICIPATION DE L'AFD AU PAIEMENT DES FACTURES DE LA GRATUITE DES SOINS .....	44
<b>LES CONTRAINTES BUDGETAIRES</b> .....	<b>45</b>
LES CREDITS ALLOUES AU REMBOURSEMENT DES FACTURES.....	45
L'INSUFFISANCE DES CREDITS ALLOUES A LA GRATUITE DES SOINS.....	45

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

<b>III. LES CIRCUITS DU REMBOURSEMENT DES FACTURES DE L'EXEMPTION DE PAIEMENT</b> .....	<b>48</b>
<b>LE CIRCUIT NORMAL</b> .....	<b>48</b>
<b>LA DESCRIPTION DES CIRCUITS OBSERVES</b> .....	<b>49</b>
<b>LE REMBOURSEMENT, SELON LES RESSOURCES PROPRES DE L'ÉTAT : CIRCUIT DE LA DEPENSE PUBLIQUE</b> .....	<b>49</b>
AU MSP .....	49
AU MEF .....	51
LA CREATION DE LA DEPENSE.....	52
LA SALLE PILOTE .....	53
LE PAIEMENT PAR LE TRESOR NATIONAL.....	53
<b>LE REMBOURSEMENT SELON L'AIDE BUDGETAIRE DE LA FRANCE : UN CIRCUIT INVERSE</b> .....	<b>54</b>
AU MSP .....	54
AU MEF .....	55
<b>LES NIVEAUX DE CONTROLE</b> .....	<b>58</b>
<b>LES RETARDS DANS LES REMBOURSEMENTS</b> .....	<b>59</b>
<b>IV. LES CONSEQUENCES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXEMPTION DU PAIEMENT SUR UN CSI URBAIN</b> .....	<b>61</b>
<b>L'AUGMENTATION DE LA FREQUENTATION</b> .....	<b>61</b>
<b>LE FINANCEMENT FORCE PAR LES CAISSES DES COMITES DE SANTE</b> .....	<b>62</b>
<b>UN CAS DE CSI DE LA PERIPHERIE DE NIAMEY</b> .....	<b>63</b>
« LA GRATUITE A VIDE NOTRE CAISSE » (LE TRESORIER DU COGES) .....	63
LES RECETTES DE QUELQUES MOIS REALISEES PAR LE CSI, AVANT ET PENDANT LA GRATUITE.....	64
LA FAILLITE DES COMITES DE SANTE ? .....	65
«LA GRATUITE A NON SEULEMENT AUGMENTE LES TARIFS DES PRESTATIONS MAIS EGALEMENT ELLE A RUINE LES CAISSES DES FORMATIONS SANITAIRES... ».....	67
LA VALORISATION DES DONNS .....	67
<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>70</b>

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ABG : Aide Budgétaire Globale  
AFD : Agence Française de Développement  
BCEAO : Banque Centrale des Etats de l’Afrique de l’Ouest  
BO : Bureau d’ordre  
BW : Bordet et Wassermann  
CPN : Consultations Périnatale  
DESS : Diplôme d’études Supérieures Spécialisées  
DGSP : Direction Générale de la Santé Publique  
DOS : Direction de l’Organisation des Soins  
DRF/M : Direction des Ressources Financiers et du Matériel  
DRSP : Direction Régionale de la santé Publique  
FC : Fonds Commun  
MEF : Ministère de l’Economie et des finances  
MSP : Ministère de la Santé Publique  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation Non Gouvernementale  
ONPPC : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques  
PDS : Plan de Développement Sanitaire  
PNDS : Parti Nigérien pour la Démocratie et le Socialisme  
SG : Secrétaire General  
SMS : Short Message Service  
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

## PRÉFACE

Le rapport d'Abdoulaye Ousséini, dont la première version a été réalisée en mars 2010, s'intègre dans une recherche collective menée par le LASDEL au Niger sur 3 ans (2009-2011), qui est elle-même un élément d'un programme plus vaste sur les exemptions de paiement dans trois pays, Burkina Faso, Mali et Niger, combinant approches qualitatives et approche quantitatives<sup>1</sup>.

C'est aussi et avant tout le rapport de la première année de terrain d'un jeune doctorant nigérien : en effet, Abdoulaye Ousséini prépare une thèse dans le cadre de ce programme.

La recherche d'Abdoulaye Ousséini s'est focalisée pour cette première année sur la mise en place au Niger des exemptions de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les césariennes, autrement dit les conditions de production d'une nouvelle politique publique dans le secteur de la santé et la construction d'un dispositif *ad hoc*. Des enquêtes ont certes été menées aussi au niveau d'un CSI, mais c'est à partir de 2010 que les travaux de terrain dans les formations sanitaires ont véritablement commencé.

Il s'agit, nous semble-t-il, d'une recherche tout à la fois particulièrement importante et particulièrement difficile.

Elle est particulièrement importante d'un point de vue scientifique, et d'un point de vue citoyen. D'un point de vue scientifique, c'est une des toutes premières fois qu'une analyse détaillée d'une politique publique en Afrique (et, bien sûr, au Niger) est faite dans une perspective socio-anthropologique.

D'un point de vue citoyen, les enjeux de la politique d'exemption de paiement sont nombreux, et décisifs : ils concernent d'abord la question de l'accès des plus défavorisés aux services de santé modernes ; ils concernent aussi la qualité de ces services de santé ; ils concernent enfin la capacité de l'Etat à assurer cette exemption dans des conditions satisfaisantes et pérennes, sans menacer le fonctionnement du système de santé. Plus généralement, ce sont les modalités de financement du système de santé qui constituent l'arrière-plan de toute politique d'exemption de paiement.

Peut-être du fait de ces enjeux, cette recherche s'est aussi avérée dès ses débuts comme particulièrement difficile, avec de nombreux malentendus et difficultés de communication. Abdoulaye Ousséini a rencontré une certaine méfiance, et parfois une méfiance certaine, chez différents acteurs de la mise en place de cette

---

<sup>1</sup> Le programme est financé par le CRDI et l'AFD, et coordonné par JP. Olivier de Sardan et V. Ridde. La recherche du LASDEL au Niger est coordonnée par A. Diarra. L'étude d'Abdoulaye Ousséini qui donne lieu au présent rapport a été financée par l'AFD.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

politique, acteurs d'ailleurs d'horizons très divers, nigériens ou non<sup>2</sup>. Nous avons eu souvent le sentiment que, dans le monde des concepteurs et des cadres des politiques publiques, toute mise en évidence des problèmes et des dysfonctionnements était inopportune, voire dangereuse, et que seul l'exposé de la ligne officielle était autorisé. En s'en écartant, les chercheurs deviennent gênants ou même suspects. Les seules études connues dans ce monde particulier de l'action publique semblent être le fait de consultants, souvent astreints à l'auto-censure ou devant faire allégeance à leurs commanditaires. La liberté de questionnement et d'interprétation indispensable à la recherche y semble inconnue, et y est vécue comme une menace. Le simple fait que des chercheurs décrivent les diverses difficultés rencontrées sur le terrain dans la mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement est perçue par certains comme des attaques illégitimes contre cette politique et ceux qui en ont la charge<sup>3</sup>.

Et pourtant nous ne voulons d'aucune façon attaquer une politique ni mettre en cause ses agents. Nous souhaitons simplement en décrire toutes les modalités, positives ou négatives, succès ou échecs, avec l'espoir, en tant que citoyens, de contribuer ainsi à l'améliorer. Aucune politique publique n'est un échec total ou une réussite absolue. La tendance de ceux qui en sont responsables, partout dans le monde, est évidemment d'insister sur les succès et de minimiser les échecs. Les chercheurs veulent rétablir une vision plus réaliste. Nous ne pensons pas que minimiser ou cacher les difficultés soit une bonne façon de faire, bien qu'elle soit fort répandue dans le monde de l'action publique et du développement : le grand avantage de la recherche sur les rapports officiels, et même sur la consultance, est justement de pouvoir décrire les choses telles qu'elles sont et non telles qu'on voudrait les faire paraître. C'est cette connaissance des processus réels, parfois fort éloignés des discours publics et du langage convenu des réunions officielles, qui manque bien souvent aux décideurs, et que peut justement leur apporter la recherche. C'est ainsi que celle-ci peut contribuer de façon positive à des réformes ou à des réajustements nécessaires.

On trouvera dans le rapport d'Abdoulaye Ousséini de nombreuses descriptions sans complaisance, mais aussi sans parti-pris, des conditions assez particulières dans lesquelles la politique d'exemption de certains soins pour les femmes et les enfants a été décidée et mise en œuvre au Niger. Je voudrais souligner ici quelques unes des conclusions qui se dégagent.

1. Tout d'abord, cette politique, parfois présentée curieusement comme un exemple positif d'une décision souveraine du Niger, a été prise à la conjonction

---

<sup>2</sup> Je peux témoigner qu'Abdoulaye Ousséini a, sur ce plan, dû affronter divers refus d'entretiens, ou rétentions d'information, venant de cotés très divers, qui expliquent que certains épisodes n'aient pu être intégralement documentés comme nous le souhaitions.

<sup>3</sup> Ceci ne s'applique pas, bien entendu, à tous les responsables des institutions concernées. Il faut souligner que la division des études de l'Agence française de développement, qui a financé la première année de recherche d'Abdoulaye Ousséini, nous a laissé une liberté totale.



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

de trois facteurs qui ont peu à voir avec la souveraineté du pays : (a) une pression internationale croissante en faveur de l'atteinte des ODM d'une part, de la mise en place de politiques de gratuité d'autre part ; (b) une injonction de la Banque mondiale qui a subordonné ses prêts au Niger à la prise immédiate de mesures de gratuité ; (c) une personnalisation autour du Président de la République de l'époque, Mamadou Tandja, de certaines politiques publiques du pays - on pense en particulier au fameux Programme spécial du Président de la République (directement impliqué dans la prise en charge des cancers féminins) - , personnalisation où la décision de la gratuité a été intégrée en étant systématiquement présentée par la propagande officielle comme un cadeau du Président aux femmes et aux enfants.

2. Ensuite cette politique n'a pas été préparée financièrement de façon rigoureuse et réaliste, et elle s'avère de ce point de vue lourde de menaces pour le système de santé. Les financements publics ont été notoirement insuffisants. Pour le remboursement aux formations sanitaires des coûts de la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans, à partir de 2007, qui représentent de loin le poids financier le plus important (sans doute autour de 7 milliards FCFA par an), l'Etat n'a payé en 2007 que 70 millions (sur environ 2 milliards inscrits à la hâte au budget), et 3 milliards en 2008 (sur près de 7 milliards inscrits au budget). Les fonds de l'AFD (environ un milliard en 2007, autant en 2008) débloqués en urgence à partir de la fin 2006 ont certes évité un déficit plus lourd mais n'ont pas vraiment réglé le problème, puisqu'au début 2010 on comptait 8 milliards d'arriérés, sans compter l'élargissement prévisible de ce déficit pour l'année en cours. L'usage par les COGES et COSAN de toutes leurs réserves pour acheter des médicaments faute de remboursements suffisants a abouti de fait à faire financer une partie de la gratuité ... par le recouvrement des coûts des années précédentes, donc par les usagers.

3. Cette politique n'a pas non plus été suffisamment préparée sur le plan organisationnel. Au lieu de tester et de roder le dispositif retenu (tiers payant) sur quelques districts, un passage à l'échelle immédiat a été décidé. Les expériences menées par deux ONG avec l'appui du Ministère de la santé sur trois districts n'ont pas non plus été analysées. La communication auprès des professionnels de santé et des COGES s'est faite tardivement, et de façon insuffisante, selon tous les témoignages recueillis sur le terrain. La cellule gratuité, créée après-coup pour gérer l'ensemble du dispositif, n'a pas été dotée des moyens suffisants. Le comité de pilotage est vite tombé en sommeil (il n'a été réactivé que depuis quelques mois).

4. Les circuits de remboursement, remarquablement décrits dans le détail par Abdoulaye Ousséini, apparaissent comme particulièrement complexes, coûteux en temps, et recelant de nombreux sites possibles de blocage, de dysfonctionnements ou d'arbitraire.

5. Néanmoins, divers facteurs internes ont permis de « sauver les meubles », d'éviter la catastrophe, et de faire malgré tout fonctionner tant bien que mal le dispositif. On citera comme éléments positifs le montage d'un système de

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

tiers-payant permettant en principe de préserver le recouvrement des coûts, les mesures prises pour accélérer malgré tout le circuit des factures, le recours à diverses formes de débrouillardise et d'improvisation, l'implication forte des personnels de la cellule gratuite, des directions régionales et des équipes cadres de district...

6. Mais de nombreux professionnels de la santé sont inquiets sur la capacité de l'Etat à faire fonctionner à long terme de façon satisfaisante ce dispositif, en particulier au niveau des financements

7. Les mesures d'exemption de paiement ont incontestablement permis une meilleure fréquentation des formations sanitaires par les femmes et les enfants. La gratuité de la césarienne a diminué de façon significative les retards causés autrefois dans les interventions par la nécessité de recueillir préalablement les fonds auprès de la famille.

8. Mais on peut avoir quelques doutes sur la qualité de certains de ces soins, du fait en particulier des ruptures de stocks de médicaments (dus aux retards de remboursement par l'Etat), de l'abandon des commandes de médicaments considérés comme trop coûteux (donc parfois peu ou pas prescrits dans le cadre de la gratuité), de la pratique des doubles ordonnances (une officielle pour la pharmacie de la formation sanitaire servant des médicaments gratuits, une officieuse pour l'achat à l'extérieur) ou de la démotivation de certains personnels du fait de moyens diminués face à une affluence augmentée.

9. Enfin, on note de très grandes disparités dans la mise en œuvre de la gratuité selon les formations sanitaires. Certaines s'en sortent de façon satisfaisante, car elles ont bénéficié plus que les autres de remboursements corrects, ou parce qu'elles sont appuyées par un partenaire extérieur (Médecins du Monde, Help, Mercy Corps, etc.), ou parce qu'elles bénéficient de crédits auprès des grossistes en médicaments (hôpitaux de référence). D'autres ont les pires difficultés, parce qu'elles ont des arriérés considérables, ou parce qu'elles n'ont quasiment pas d'appui extérieur.

Le rapport d'Abdoulaye Ousséini n'est toutefois que provisoire, il dresse le bilan d'un an de recherche personnelle autour de la décision de la gratuité et son dispositif technique. Il n'est qu'une étape dans une recherche collective qui a déjà mené et mènera bien d'autres enquêtes, dans des formations sanitaires de divers niveaux (CSI, hôpitaux de district, structures de références nationale). Ainsi, trois autres rapports vont être disponibles début 2011 : un rapport d'Abdoulaye Ousséini sur la mise en œuvre de l'exemption de paiement dans la région sanitaire de Dosso, un rapport d'Aïssa Diarra sur la mise en œuvre de l'exemption de paiement dans la commune 5 de Niamey, et un rapport de Jean-Pierre Olivier de Sardan sur l'analyse comparative des politiques d'exemption de paiement au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

J.P. Olivier de Sardan

# UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ AU NIGER

## LA MISE EN PLACE D'EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS EN FAVEUR DES FEMMES ET DES ENFANTS

*Abdoulaye Ousseini*

### ***Introduction***

A partir des années 1990 le gouvernement du Niger a instauré le recouvrement des coûts de soin de santé, suite à la déclaration de Bamako en 1987. Le recouvrement des coûts visait à se substituer à un système de *pseudo*<sup>4</sup> gratuité des soins hérité de la colonisation et entretenu par les gouvernements des Etats indépendants, qui parlaient de la gratuité des soins avec cependant des structures de santé sans moyens (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000). Ce système de recouvrement des coûts a fonctionné sur la base du paiement direct par l'utilisateur d'un forfait pour la consultation et les médicaments, forfait devant permettre de couvrir l'achat par la formation sanitaire des médicaments et certains de ses frais de fonctionnement. Le recouvrement des coûts, qui reposait aussi sur la gestion par des comités d'usagers, a été la modalité principale d'accès aux services de santé jusqu'en 2005, où une série de dérogations au paiement a été décidée par le gouvernement nigérien. En effet, il était apparu que le paiement direct constituait une barrière financière à l'accès aux soins des populations les plus vulnérables<sup>5</sup>, particulièrement pour un pays pauvre comme le Niger où elles peuvent représenter la plus grande part (autour de 60% selon certaines estimations<sup>6</sup>). C'est

---

<sup>4</sup> Elle se caractérisait par l'absence de médicaments disponibles dans les formations sanitaires, et donc la délivrance lors de consultations gratuites d'ordonnances que le patient devait acheter dans les pharmacies privées à un coût élevé.

<sup>5</sup> Pourtant, l'objectif 7 de l'IB prévoyait des mesures d'exonération et des subventions pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé. Mais, il semble que l'aspect équitable de l'IB a été négligé et les préoccupations des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité du système (Ridde, 2004).

<sup>6</sup> INS et MEF (2007 : 4).

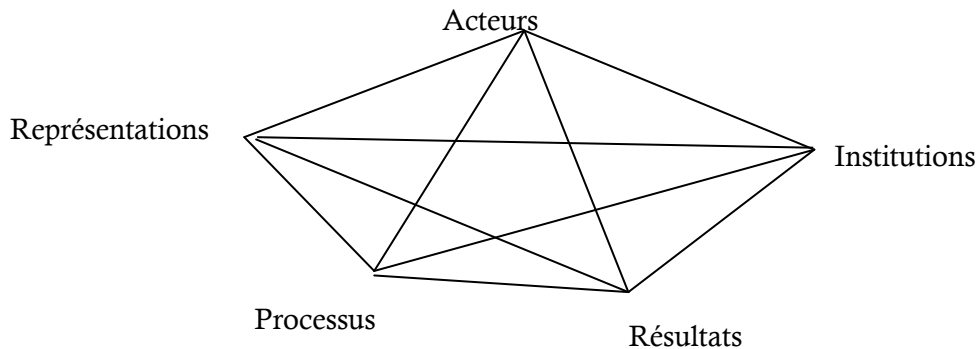
UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS

dans ce contexte que le gouvernement du Niger a choisi de prendre gratuitement en charge certaines prestations pour les femmes, et les enfants de moins de 5 ans. Ainsi, on assiste à l'introduction d'un tiers-payant dans le système de santé du Niger : c'est l'Etat qui paie à la place des bénéficiaires. Le système fonctionne selon le schéma suivant :



L'objectif de notre recherche est de faire une analyse socio-anthropologique du processus de la mise en œuvre de l'exemption du paiement de certains services de soin <sup>7</sup> aux populations dites vulnérables au Niger. Notre analyse s'inspirera du « pentagone des politiques publiques » (Lascoumes et Le Galès, 2009).

Pour ces auteurs, une politique publique comprend cinq éléments reliés entre eux, selon la figure suivante :



Source : Lascoumes et Le Galès, 2009 : 13

L'analyse de chaque élément et de ses interactions avec les autres est un passage obligé pour étudier les politiques publiques. Dans cette perspective, la mise en

---

<sup>7</sup> Nous utilisons en même temps le terme de « gratuité des soins », qui fait partie du langage courant, dans ce texte

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

œuvre de l'exemption du paiement des services de soin sera appréhendée en tant qu'une « configuration développementaliste »<sup>8</sup> (Olivier de Sardan, 2000) autour de laquelle se rencontrent des institutions nationales (Présidence de la République, primature, ministères) et internationales (Banque mondiale, AFD, CTB, ONGs, etc.) et des acteurs divers (locaux et internationaux). Cette analyse est intéressante parce qu'elle nous permettra de saisir les interactions entre divers groupes stratégiques qui ont parfois des discours et des logiques différents. Ainsi, l'exemption du paiement des soins au Niger est une *arène* où se rencontrent, d'un côté, des organisations compassionnelles ou humanitaires qui luttent pour l'accès gratuit aux services de soins pour tous (MDM, HELP,...) ; des organisations des Nations Unies qui ont des objectifs médicaux dont les actions sont ciblées sur des groupes (la santé de la mère et de l'enfant), comme l'UNICEF, l'UNFPA ; des institutions financières internationales, comme la Banque Mondiale, fondées sur des exigences économiques et politiques ; des agences de coopération bilatérale, comme l'AFD qui appuie l'exécution du budget et la mise en œuvre de certains programmes de développement des pays en développement . De l'autre côté, un volontarisme politique des autorités du pays et une bureaucratie administrative chargée d'exécuter des activités visant à atteindre des objectifs définis.

L'objectif de cette étude est d'analyser le processus de la mise en œuvre de l'exemption du paiement des services de soin au Niger. Pour cela, nous allons traiter les points suivants :

- la mise à l'agenda de la gratuité des soins ;
- la prise de décision ;
- le dispositif de la gratuité ;
- une illustration de certaines conséquences de cette décision au niveau d'un CSI.

Mais, avant, il est important de décrire les conditions de cette recherche.

### ***Les conditions de l'enquête***

Notre recherche s'est déroulée dans la communauté urbaine de Niamey. Divers groupes stratégiques ont été interrogés (voir le tableau ci-dessous) sur des questions touchant la gratuité des soins. Au total, nous avons réalisé 30 entretiens auprès des acteurs concernés et deux séries d'observations participantes (sous forme de stages allant de deux semaines à deux mois) au MSP et au MEF.

---

<sup>8</sup> En Afrique les politiques publiques sont des espaces où se rencontrent une palette d'acteurs de développement

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

<i>Groupes stratégiques</i>	<i>Acteurs interviewés</i>	<i>Observations participantes</i>
<i>MSP</i>	- <i>conseillers techniques</i> - <i>DGSP</i> - <i>DRFM</i> - <i>DOS</i>	<i>Deux mois</i>
<i>MEF</i>	- <i>DO</i> - <i>DCF</i> - <i>CF</i> - <i>agents du Trésor</i>	<i>Deux semaines</i>
<i>Présidence</i>	- <i>coordinateur du programme spécial</i>	
<i>Primature</i>	- <i>conseiller aux affaires sociales</i>	
<i>AFD</i>	- <i>chef de projet/Paris</i> - <i>chargés de mission/AFD/Niamey</i> - <i>directrice adjointe/ AFD Niamey</i>	
<i>CTB</i>	- <i>assistant technique expatrié</i> - <i>expert national</i>	
<i>Syndicats</i>	- <i>SG Symphamed</i>	
<i>ONG et associations</i>	- <i>MDM</i> - <i>HELP</i> - <i>ANBF</i>	
<i>Ordre des médecins</i>	- <i>SG</i>	
<i>FC</i>	- <i>assistants techniques expatriés (économistes de la santé, appui aux ressources humaines)</i>	
<i>CSI</i>	- <i>major</i> - <i>trésorier COGES</i> - <i>percepteur</i>	
<b><i>Total</i></b>	<b><i>30</i></b>	

Nous avons rencontré un certain nombre de difficultés au cours de cette enquête. En effet, la question de la disponibilité des cadres a été un problème récurrent pour nous. Il s'agit, entre autres, de rendez-vous décalés à plusieurs reprises, de refus diplomatique. Mais certaines difficultés sont plus spécifiques. Par exemple,

tel cadre, au bout de dix minutes d'entretien, dès que la question de la gratuité a été abordée, a mis fin à l'entretien en nous remettant le dépliant sur le programme spécial, et il nous a référé au MSP, estimant qu'il n'avait rien à dire sur cette mesure. Un autre nous a dit qu'il faut le payer pour avoir des informations. Le bureau de la Banque Mondiale de Niamey n'a pas donné suite à une dizaine de demandes de rendez-vous que nous lui avons adressées. Certains acteurs des ONG internationales qui ont accepté de nous parler ont souhaité garder l'anonymat et refusé que leur parole soit enregistrée pour ne pas subir le sort de Médecins sans Frontière/France <sup>9</sup> à la suite de la crise alimentaires de 2005.

Le sujet de la gratuité semble donc être un sujet « chaud ». On peut d'ailleurs évoquer le cas d'une étude préalable de Joseph Brunet-Jaillet, Boubou Cissé et Moussa Keita (2007) intitulée « Estimation du coût et financement de la gratuité des soins destinés aux mères et aux enfants au Niger ». Cette étude a été refusée par les autorités du MSP parce qu'elles considéraient qu'elle avait surestimé le coût de la gratuité des soins. Selon ses auteurs, la compensation des pertes de recettes de recouvrement des coûts subie par les formations sanitaires devrait coûter entre 55 et 69 milliards de FCFA sur cinq ans (soit environ 11 milliards par an ; il est à noter que pour 2011, les prévisions du Ministère de la santé sont d'environ 10 milliards). Par ailleurs, le rapport ajoutait que pour rendre disponibles les prestations devenues gratuites à leur coût réel de production (lequel n'est d'ailleurs pas non plus pris en compte par le recouvrement des coûts) le besoin de financement s'élèverait au moins à 140 milliards de FCFA sur cinq ans ; ce qui impliquerait un doublement des moyens financiers dont dispose le MSP.

### ***L'accès au terrain***

Nous avons choisi de faire deux stages d'immersion, au Ministère de la santé (MSP) et au Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)

Le principal stage s'est fait auprès de la cellule de coordination et du suivi des prestations liées à la gratuité des soins se trouvant au MSP (aujourd'hui cette cellule dispose de locaux spécifiques). Cette observation nous a permis d'être au plus près du réel ; c'est-à-dire de pouvoir participer aux activités de la cellule de la gratuité, et en même temps d'être dans une position pour observer le travail quotidien du personnel de la cellule et au-delà de l'ensemble du MSP. Ce passage au MSP nous a permis de décrire le circuit du remboursement des factures de la gratuité des soins. Mais il ne s'est pas fait sans difficultés.

Au MEF le stage s'est relativement bien passé, notamment au niveau de la relation avec les agents de ce ministère. Mais nous n'avons pas pu accéder à certaines informations (l'état du remboursement des factures de la gratuité) qu'on nous a refusé de façon diplomatique. En effet, au départ, la directrice de

---

<sup>9</sup> L'ONG a été chassée du pays

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

l'ordonnancement a fait la demande (en notre présence) au service informatique du MEF. Deux semaines après, elle a dit que le service informatique avait répondu qu'il fallait faire la demande au Ministre et avoir des arguments solides. Finalement, elle a dit que la procédure pouvait être longue et qu'elle ne pouvait s'y engager.

*Les travaux abordant la gratuité des soins au Niger*

- Deux rapports d'évaluation des programmes expérimentaux de gratuité de l'accès aux services de santé mis en œuvre par HELP et MDM/France (Ridde V. et al. 2007 ; 2009) ; et un article tiré de ces rapports sur le processus de la mise en œuvre de l'exemption du paiement pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans deux districts sanitaires du Niger (Ridde V. et Diarra A., 2009)
- Une analyse politique comparée de la mise en œuvre de la gratuité en Haïti, Ouganda, Zambie, au Niger et à Madagascar (Cholet, Morel, Rogé & Stadnichuk, 2008)
- Un plaidoyer qui fait cas de la gratuité des soins au Niger (MDM/France, 2008)
- Un rapport d'évaluation des aides sectorielles financées dans le cadre de l'Aide publique au développement de la France (Cafferini & Pierrel, 2009)
- Un audit est prévu depuis plus d'un an, mais n'a toujours pas eu lieu.



## I. L'ÉMERGENCE ET LA FORMULATION DE L'EXEMPTION DU PAIEMENT

Un certain nombre d'éléments du contexte sont importants pour voir comment la question de la gratuité des soins a été portée à l'agenda international et national.

### *Un contexte international favorable à l'émergence de l'exemption du paiement des services de santé.*

« En septembre 2000, lors du sommet du Millénaire des Nations unies, les dirigeants des pays riches et des pays pauvres ont engagé leurs nations respectives dans un ambitieux partenariat mondial visant à réduire l'extrême pauvreté et les inégalités. Cet engagement s'est traduit par huit objectifs de développement, que l'on a appelés les objectifs du Millénaire pour le développement à atteindre d'ici à 2015. Trois d'entre eux concernent tout particulièrement la santé : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH, le paludisme et la tuberculose. »<sup>10</sup>

Dans cette perspective, l'exemption du paiement a fait l'objet d'un débat international dans la plupart des forums internationaux. Elle a été abordée comme un des moyens d'améliorer l'équité d'accès aux systèmes de soins en Afrique (Ridde et al., 2009) face au système du paiement direct qui limite l'accès des plus pauvres aux services de santé.

« Aujourd'hui, cette politique de tarification aux usagers fait l'objet d'une remise en cause appuyée qui se manifeste notamment par l'émergence, dans un nombre croissant de pays, de politiques nationales ayant vocation à lever ou atténuer les barrières financières auxquelles les patients sont confrontés. De nombreux bailleurs internationaux ont également pris leur distance vis-à-vis des politiques de recouvrement des coûts auprès des usagers. » (MDM/F, 2008 :3)

Parmi ces bailleurs de fonds, on peut citer la Banque Mondiale qui a fait marche arrière et révisé sa position vis-à-vis de la tarification des soins de santé (Ridde et Blanchet 2008 ; MDM/F, op.cit). En effet, en 2004 à l'occasion de son rapport sur le développement dans le monde consacré à l'accès aux services essentiels, la Banque Mondiale a choisi de prendre ses distances avec la politique des recouvrements des coûts. Elle a également exprimé, dans sa nouvelle stratégie élaborée en avril 2007, son intention d'apporter son appui aux pays désirant instaurer l'accès gratuit aux soins dans les centres publics de santé. (MDM/F, op.cit.)

Certains Etats membres de l'Union européenne ont affirmé à plusieurs reprises leur intention de promouvoir l'accès gratuit aux soins de santé primaire, en s'engageant à fournir une aide prévisible et pluriannuelle en direction des

---

<sup>10</sup> [www.medicinsdumonde.org/.../l'accès-gratuit-aux-soins-une-réponse-à-la-vie-chère](http://www.medicinsdumonde.org/.../l'accès-gratuit-aux-soins-une-réponse-à-la-vie-chère).

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

gouvernements des pays de l'Afrique qui décideront de mettre en place la gratuité des soins. (MDM/F, op.cit.)

Le Secrétaire Général des Nations Unies s'est prononcé en faveur de la gratuité dans le cadre de son rapport « Dans une liberté plus grande ». Le Royaume-Uni s'est inscrit dans cette tendance comme le bailleur bilatéral le plus favorable à l'instauration de la gratuité d'accès aux soins de santé primaire. (MDM/F, op.cit.)

De son côté, l'UNICEF soutient l'accès universel aux soins de santé, mais pas pour tous. Cette institution ne pense pas que la simple suppression des frais de santé partout en même temps soit une solution appropriée<sup>11</sup>. Selon l'UNICEF, le plus important est de voir quelles mesures peuvent être mises en place, en travaillant avec le gouvernement, pour s'assurer que les populations les plus pauvres aient accès à des soins appropriés.

En réalité, en première ligne du combat en faveur de l'instauration de la gratuité des soins dans les pays à faible revenu, se trouvent des ONG humanitaires, ce que Ridde et Blanchet (op.cit.) résumant ainsi :

« L'humanitaire ne cesse d'investir de nouveaux espaces. Cette fois-ci, c'est du coût des soins dans les systèmes de santé des pays les plus pauvres dont les ONG se sont saisies qui, relevant par principe des Etats, pourrait paraître à mille lieux de leurs compétences. »

Par ailleurs, le bureau d'aide humanitaire de l'UE, ECHO a clairement défini sa position à travers une note de son Directeur General :

« DG ECHO has decided – as general rule – to position itself against user fees in DG ECHO funded humanitarian health care programs »<sup>12</sup>

On peut noter également l'existence d'un courant scientifique<sup>13</sup> où des chercheurs ont mis en évidence le lien existant entre accès payant et mortalité infantile. Se basant sur un modèle de simulation appliqué à 20 pays africains, ces chercheurs ont estimé que l'élimination des mesures de paiement direct par les usagers permettrait d'éviter chaque année plus de 230 000 décès parmi les enfants de moins de cinq ans.

En tout cas, il y a un mouvement croissant en faveur de la gratuité des soins autour duquel se rencontrent divers types d'organisations internationales, mais semble-t-il sans que les dispositifs de financement adéquats soient disponibles ni même qu'il y ait de consensus sur leur nature. Il est intéressant d'analyser comment cette mise à l'agenda international de la gratuité des soins a été prise en compte par le gouvernement du Niger.

---

<sup>11</sup> [http://www.sangonet.com/ActuDo/Asante/af-ouest\\_soinsprtous.html](http://www.sangonet.com/ActuDo/Asante/af-ouest_soinsprtous.html), 03/03/10

<sup>12</sup> Note to DG ECHO Headquarters and Field Staff , 06/05/2009

<sup>13</sup> Dans un article (James et al. 2005) paru dans la revue The British Medical Journal.

### ***Le contexte national***

Au plan national, plusieurs éléments peuvent entrer en ligne de compte dans la décision :

D'abord, **la crise alimentaire de 2005**. Le Niger a occupé en 2007, le 174<sup>ème</sup> rang du classement établi par le PNUD sur 177 pays classés. C'est un pays qui connaît de manière récurrente des déficits alimentaires. En particulier, la crise alimentaire de 2005 a aggravé une malnutrition infantile chronique, dont la persistance a amené des ONG, plutôt spécialisées dans l'urgence, à se « sédentariser » et à mettre en œuvre la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans certaines zones du pays, avec la collaboration de l'Etat, avant que ce dernier ne mette en place officiellement cette gratuité à l'échelle du pays tout entier. Il s'agit de deux ONG internationales : MDM et HELP (Ridde, 2007).

Puis, **les limites de la tarification des coûts** : depuis une dizaine d'années, le Niger a instauré le système de recouvrement des coûts des soins<sup>14</sup>. La mise en œuvre de cette politique de santé a conduit à l'introduction du paiement partiel des frais de soin par l'utilisateur dans le pays et a permis un approvisionnement régulier des formations sanitaires en médicaments génériques à bas coût.

Cependant, l'EDSM (Enquête Démographique de santé et de ménages) de 2006 a montré que 29,4% de la population n'ont pas accès aux services de santé à cause de la tarification. Ce qui ressort également dans les propos de certains cadres du MSP :

« Le système du recouvrement des coûts constitue une barrière à l'utilisation des services de santé et surtout pour les couches les plus vulnérables qui sont les femmes et les enfants qui n'ont pas de revenus ou bien dont leur utilisation d'un service de santé dépend du chef de famille. » (DEP/MSP).

**Ensuite, les indicateurs sanitaires et l'atteinte des objectifs du millénaire**. Au Niger, les indicateurs socio sanitaires restent déplorables et n'ont pas connu une amélioration significative malgré les différentes réformes engagées par l'Etat (la généralisation du recouvrement des coûts, la réforme hospitalière, la restructuration du secteur pharmaceutique pour une meilleure accessibilité aux médicaments génériques, etc.), depuis les indépendances. En 2005, le taux de mortalité infanto-juvénile était de 274 pour 1000 et celui de la mortalité maternelle était de 700 pour 100 000 naissances vivantes. De ce fait, les objectifs du Millénaire pour le développement auxquels le gouvernement nigérien a souscrit ne seront pas atteints d'ici 2015. C'est pourquoi le Ministère de la Santé a défini une politique globale appelée le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 et qui tire sa source du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2002-2015), en vue d'améliorer les indicateurs sanitaires.

---

<sup>14</sup> La loi n°95-015 du 3 Juillet 1995 et son décret d'application n°96- 224 du 29 Juin 1996 portant généralisation du recouvrement partiel des coûts de santé.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

L'exemption du paiement des services des soins est perçue par certaines personnes interrogées comme une stratégie pour recevoir une aide internationale prévisible (cf : supra.), destinée à améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables que sont les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

« Il y a une convergence de problèmes. D'abord l'analyse de la situation a fait ressortir, à travers les indicateurs dont nous disposons, une forte mortalité maternelle, une forte mortalité juvénile. Mais il y a un mouvement mondial qui est là. Après la signature des OMD, à travers le sommet de New-York de 2000, le constat a été fait que c'est une honte de l'humanité que des femmes meurent en donnant la vie à un enfant, que beaucoup d'enfants meurent avant leur 5<sup>e</sup> anniversaire. Les pays nantis et les ONG, les associations caritatives aussi ont pris l'engagement d'aider des pays comme le Niger à changer ce visage désolant. C'est ainsi que des pays comme le Niger se sont dit que tant qu'on n'arrive pas à avoir au niveau de nos pays un mécanisme permettant, d'abord, de recevoir l'aide et une politique visant à changer la situation avec précision sur les cibles qui paient aujourd'hui ce lourd tribut de décès, on ne va pas sortir du borbier. » (Un cadre du MSP)

**La gratuité des soins est un choix politique pour atteindre les OMD :**

« Comme je l'ai dit, la gratuité des soins, c'est en fait un choix politique du gouvernement et c'est dans le but d'aller vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. Parce que le Niger comme tous les pays de la planète ont pris l'engagement de réduire le taux de mortalité infantile et maternelle. C'est dans ce cadre que le gouvernement du Niger pour aller vers l'atteinte des objectifs du millénaire avait pris l'option de la gratuité des soins ». (DEP/ MSP)

**Pourtant, les autorités nigériennes avaient un éventail de choix de stratégies pour atteindre les ODM.**

« Parmi tout l'éventail des dispositions que chacun pouvait prendre, il se trouvait qu'il y avait la gratuité des soins. Les Nigériens ont estimé que la gratuité était bonne pour atteindre les objectifs. Parce qu'il y a les ODM et aussi la SDRP et pour avoir des indicateurs conformes à la SDRP, il faut mettre en place un système et au Niger le système qui a été choisi c'est la gratuité des soins pour aller un peu plus vite et c'est vrai que c'est bon, socialement, c'est très bon. Par contre, sinon il y avait d'autres possibilités. Il y avait la mise en place des mutuelles, la mise en place d'assurance de couverture sanitaire. » (Un économiste de la santé du FC au MSP)

A ce niveau, il est intéressant de voir les motivations et les conditions qui ont conduit à ce choix.

### ***La décision***

A partir de 2005, le gouvernement du Niger a pris une série de mesures d'exemption du paiement des services des soins. La plupart des acteurs semblent avoir été surpris par ces décisions. Pour tous les acteurs interrogés, le Président de la République a été au centre de ces mesures:

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

« C'est une volonté du Président de la République, c'est lui qui a voulu que certaines personnes soient prises en charge. » (Conseiller du PM)

Le coordinateur d'une ONG internationale soutient :

« C'est une décision qui a été prise un beau jour par le Président de la République sans que les conditions préalables soient réunies. »

Il en décrit les caractéristiques :

- Absences de tests pilotes analysés.
- Les ressources humaines n'étaient pas en quantité et en qualité suffisantes et étaient mal réparties entre les villes et les campagnes.
- Il n'y a pas eu de concertation entre les bailleurs de fonds et les autorités
- Les structures de santé n'étaient pas équipées pour pratiquer la césarienne
- L'ONPPC qui est la structure centrale d'approvisionnement n'était pas renforcée pour assurer le ravitaillement des formations sanitaires.
- Il n'y a pas eu d'études pour estimer le coût de la gratuité. Par exemple, pour traiter un palu simple, l'Etat rembourse seulement 500 FCFA pour l'enfant de 0-5 ans, alors qu'une prise de Co-artem coûte environ 3.000 FCFA, sans compter les paracétamols et l'entretien des locaux. L'Etat ne rembourse pas totalement le coût des prestations, il y a toujours un manque à gagner pour les formations sanitaires.

Par ailleurs, certains pensent que la décision de la gratuité est une politique de promotion de la visibilité du Président, au même titre que les mille cases de santé et les mille classes, visant à préparer son maintien au pouvoir (*tazartché*). Cette mesure a été en effet largement personnalisée et associée au nom et à la volonté de Tandja dans la presse officielle et dans les discours publics jusqu'à la chute du régime.

Mais il ressort aussi une convergence de vue des acteurs sur le fait que l'exemption du paiement a été décidée sous pression extérieure. Le Président de la République aurait pris cette décision sous l'influence des experts de la Banque mondiale.

« À travers les experts de la Banque mondiale, les autorités nigériennes, le chef de l'Etat en fait, a décidé la gratuité. La décision a été prise non pas parce que le chef de l'Etat y tenait... ». (Conseiller technique du SG/MSP).

Il est clair que la pression extérieure a été un élément déterminant du passage à la gratuité des soins au Niger, même si celle-ci a relevé en dernière instance d'une décision personnelle du Président.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

En réalité, la décision de l'exemption se présente comme un processus complexe qui va au-delà d'une simple inscription de textes juridiques, du volontarisme du Président, et de pressions extérieures. C'est un espace d'interactions où se croisent plusieurs acteurs avec des discours et des logiques différents.

En fait, il n'y a pas eu une décision, mais une série de décisions successives d'exemption de paiement. Il convient d'éclaircir le contexte de chaque décision pour comprendre le processus.

***La première décision (novembre 2005)***

La première décision de gratuité a été un décret présidentiel du 11 novembre 2005 qui abolissait le paiement direct de la césarienne. Pour beaucoup d'agents du MSP, il s'agissait d'une décision prise pour répondre aux engagements des autorités du Niger en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile dans le cadre de l'atteinte des ODM. Il s'agissait aussi pour le Niger de donner un signe en vue de préparer la prochaine négociation avec la Banque mondiale.

Cette décision de la gratuité de la césarienne a été prise sans que le gouvernement nigérien dispose de ressources pour la financer. Il n'y avait pas alors dans le budget de l'Etat de ligne budgétaire spécifique sur la gratuité et il était impossible de la financer en dehors des plans de trésorerie. Par ailleurs, la Banque mondiale qui était favorable, par principe, à cette politique de gratuité des soins parce qu'elle permettait d'augmenter le taux de fréquentation des services de santé, ne s'est pas engagée dans son financement. La solution pour les autorités du Niger a été de mettre en place une procédure d'urgence<sup>15</sup> pour rendre applicable la gratuité de la césarienne dans les structures de santé concernées bien que le budget de 2006 ait déjà été voté. A ce niveau, la difficulté était de déterminer le montant de l'enveloppe à allouer à la gratuité de la césarienne, parce qu'il n'y avait pas des données statistiques pour estimer le coût de la césarienne.

« Et logiquement, il y a eu dans un premier temps, naturellement quand on avait prévu de décider de cette politique il était difficile de faire une estimation de ce que ça pouvait coûter pour une première année. Ça d'autant plus qu'on avait aussi cette difficulté d'avoir des statistiques, y compris en matière de populations qui n'étaient pas fiables et dès l'instant où vous n'avez pas de statistiques fiables en matière de populations, il est clair que vous ne pouvez pas faire une prévision fiable de ce que peut vous coûter une telle politique. » (Un agent du trésor)

Ainsi, la DOS du MSP a proposé, sur demande du gouvernement, un devis estimatif du coût de la césarienne pour l'année 2006 d'un montant de 609 600 000 FCFA. Ce montant a été calculé sur la base de:

---

<sup>15</sup> MSP/LCE 2006 : Guide d'application des modalités de la gratuité de la césarienne, avril 2006

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

- coûts fixés par l'article 4 du décret n° 2005-316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2005 qui a déterminé les frais des prestations liées aux césariennes ainsi :
  - ✓ Hôpital de district : 35 000 FCFA
  - ✓ Maternité de référence régionale : 50 000 FCFA
  - ✓ Maternité de référence nationale : 80 000 FCFA
- nombre de césariennes réalisées en 2005 par les différents établissements sanitaires publics concernés majorés de 20%.

En 2006, l'Etat a donc accordé à l'ensemble des formations sanitaires pratiquant la césarienne (la maternité de référence nationale, les deux maternités de référence régionales, les six CHR et les hôpitaux de districts ayant un plateau opératoire fonctionnel), dans le cadre de la procédure d'urgence, un montant de 704 000 000 FCFA, sous forme de ressources additionnelles à leurs parts de budget 2006 initialement alloués. Les formations sanitaires étaient payées au prorata du nombre de césariennes par an et selon les types d'établissement. Le paiement des structures de santé pratiquant la césarienne était décentralisé : les HD étaient payés au niveau du département par le percepteur ; au niveau de la région, les maternités régionales et les CHR étaient payés par le payeur de la région, et au niveau national, la maternité de référence nationale était payée par le trésor national.

Cette procédure a été appliquée seulement en 2006. D'autres mécanismes (factures mensuelles ont été introduits pour les années suivantes (cf. infra).

***La gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans (avril 2006)***

En ce qui concerne l'arrêté n°079/MSP/MFE du 26 avril 2006 instituant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de 0 à 5 ans, cela a été une mesure d'urgence en vue de débloquer les négociations avec la Banque mondiale. En effet, pour l'institution de Brettons Woods, la gratuité de la césarienne et des produits contraceptifs était une mesure insuffisante pour que le Niger puisse accéder à une aide financière de leur part. Il fallait encore abolir le paiement d'autres services de santé pour la population.

Selon un responsable d'une agence de développement internationale, les autorités du Niger devaient négocier une aide budgétaire avec la Banque mondiale à Washington. Parmi les critères de déclenchement de cette aide budgétaire était retenue la question de la gratuité d'un certain nombre des services de soins en destination des populations. Il s'agissait d'un contexte de post-crise alimentaire où l'attention avait été portée sur la situation du Niger et la malnutrition infantile. Les enfants étaient donc une catégorie sensible. Le gouvernement nigérien ayant besoin de cette aide budgétaire aurait pris cette décision pour faciliter son exécution et permettre son décaissement. Il n'y avait pas vraiment eu de préparation à cette négociation, et la décision a été inattendue.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

« J'étais en train de faire une présentation au Palais des congrès. Je n'ai même pas fini de répondre aux questions quand on a appelé pour me dire de venir au MSP de toute urgence. J'ai trouvé le DGSP qui m'a expliqué qu'il faut rédiger toute de suite un arrêté pour la gratuité des 0 à 5 ans et pour les CPN et envoyé cela aux gens du MEF à Washington. C'est une conditionnalité de la Banque Mondiale pour avoir un appui financier. Une fois l'arrêté signé, je l'ai scanné et ça a été envoyé à la mission.» (Un cadre du MSP)

De manière précise, ces discussions se sont faites entre d'un coté les spécialistes des finances publiques du Ministère des finances du Niger et, de l'autre, les macro-économistes de la Banque,. N'ont été associés à ces négociations ni les spécialistes de la santé de la Banque, ni les responsables du Ministère de la Santé Publique du Niger, ni les autres PTF (en particulier, l'AFD, qui était pourtant le partenaire de la Banque mondiale au sein du Fonds commun pour la santé au Niger, n'a pas été consultée à cette étape et a été mise devant le fait accompli ; il en est de même de la Coopération technique belge, chef de file des bailleurs dans le secteur santé).

Le financement de cette mesure se posait avec acuité pour le gouvernement. Rien n'avait été prévu. Devant cette situation d'urgence l'Etat du Niger s'est tourné vers la France pour négocier que l'aide budgétaire accordée par celle-ci au pays soit utilisée pour les nouvelles mesures de gratuité. La mission financière française qui devait négocier les affectations de l'aide budgétaire pour 2006 avec le ministère des finances du Niger n'est arrivée que fin 2006, avec un retard inespérée pour le gouvernement nigérien (elle devait se faire au début de l'année).

« Nous-mêmes avons demandé dans les discussions que, dans l'appui qu'ils allaient nous apporter, d'apporter une partie dans le secteur de la santé et nous avons justifié cette demande par le fait que nous ne pouvons pas mettre en œuvre notre stratégie de réduction de la pauvreté et atteindre les objectifs sans améliorer qualitativement la santé. Donc, il nous faut un appui financier dans le secteur et en particulier dans cette nouvelle politique qu'on vient de mettre en œuvre pour qu'elle ne soit pas abandonnée. Voilà ce qui s'est passé.» (Un cadre du MEF).

De ce fait, la France, qui disposait d'un reliquat de subvention à l'ajustement structurel (aide budgétaire), a décidé de le mettre à la disposition du Niger pour qu'une partie substantielle de cette aide budgétaire soit consacrée à sécuriser la décision de la gratuité en faveur de certaines populations.

Cette allocation de l'aide budgétaire a donc été négociée entre une mission française tripartite (Ministère des affaires étrangères, Ministère des finances et AFD), et les cadres du Ministère des finances du Niger, afin de « sauver » en quelque sorte la situation : rien n'assurait en effet que la ligne budgétaire « gratuité » qui venait d'être inscrite serait effectivement débloqués par le Ministère des finances, pour qui il ne s'agissait pas d'une priorité. De fait, seulement 4% des fonds de l'Etat prévus pour 2007 (déjà largement insuffisants) seront engagés et payés !



### ***La gratuité pour les cancers gynécologiques***

Le décret N° 2007-261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé aurait été une décision personnelle du Président de la République sans quelconque pression extérieure, qui a surpris de nombreux responsables de santé publique.

« Je pense que les cancers féminins c'est l'œuvre du Président de la République, sans injonction de qui que ça soit. » (Expert national/MSP)

En effet, cela a été confirmé par le coordinateur du Programme Spécial du Président de la République<sup>16</sup> pour qui la gratuité des cancers féminins est un volet mis en œuvre et financé par ce programme, à travers l'intervention d'équipes mobiles de chirurgie foraine et de détection de cancer des femmes. Les autres volets (les gratuités de la césarienne, des soins aux enfants âgés de 0 à 5 ans, de la CPN) sont par contre financés par des crédits inscrits dans la loi des finances.

### ***Les perceptions au sein du MSP***

Il y a un point sur lequel tout le monde est unanime, c'est que la gratuité des soins est une bonne chose en principe pour les populations. Mais au-delà, les positions sont diverses. On peut distinguer les positions suivantes :

- *les pro-recouvrement des coûts (RC)* : il s'agit essentiellement des cadres du MSP qui avaient joué un rôle prépondérant dans la mise en œuvre du RC. Ils sont contre toute forme de gratuité des soins qui pourrait remettre en cause le principe du recouvrement des coûts. Ils ont donc approuvé le principe du tiers-payant (où quelqu'un paie à la place de l'utilisateur) qui reste, pour eux, une forme de recouvrement des coûts, à condition qu'il ne menace pas le RC ;
- *les « anti-gratuité »* : il s'agit de quelques cadres et des assistants techniques, qui sont très sceptiques sur la mise en œuvre du principe du tiers-payant par l'Etat dans la mesure où ils pensent que l'Etat n'honorera pas ses engagements. Ce qui risque de ruiner tout le système de santé ;
- *les « pro-gratuité »* : ce sont les agents du MSP chargés de la mise en œuvre de la politique de l'exemption du paiement. Leur discours consiste à défendre la gratuité des soins dans la mesure où elle permet d'améliorer l'accès aux soins, en minimisant les problèmes posés par sa mise en œuvre.

---

<sup>16</sup> Le programme spécial du Président de la République était un ensemble d'activités menées par la Présidence de Tandja avec les fonds PPTE.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

Par ailleurs, en ce qui concerne la participation des agents du MSP à l'élaboration des textes sur l'exemption du paiement, on peut distinguer deux types de catégories au sein du MSP : les non impliqués et les impliqués dans la préparation de la décision.

- *Les non impliqués* (la majorité) pensent que la gratuité des soins a été précipitée et parachutée au point de surprendre les cadres du Ministère de la Santé :

« Quand j'ai essayé de reconstituer ce qui s'était passé, c'est sans l'avis du ministre de la santé - ça je peux l'affirmer ! Il n'y a pas eu d'études préalables ni même de débat préalable au sein du ministère ; c'est tombé sur la tête du ministère comme une douche ! » (Conseiller technique au MSP)

« C'est une décision politique qui est tombée, ce n'est pas un truc qui a été préparé par le MSP avant d'être soumis aux politiques pour être approuvé. C'est une décision qui est tombée, qui a surpris tout le monde parce qu'il y a même ici des gens qui sont chargés de la mise en place de ça qui étaient contre le principe de la gratuité ». (Assistant technique/MSP)

- Par contre, *les impliqués* (un petit noyau) pensent que la gratuité est une mesure qui a été d'abord préparée par les techniciens du MSP avant d'être soumis au Conseil des Ministres :

« Q : Il y a eu un comité qui a été mis en place ?

R : Oui tout à fait, il y'avait un comité pour faire le décret et le rapport de présentation.

Q : Quel a été le rôle de ce comité dans l'élaboration de ce décret ?

R : C'est dire que quand on prend un décret on l'accompagne toujours avec un rapport de présentation mais il faut que vous ayez assez d'arguments. Donc, on a ramassé les indicateurs et tous les éléments et on a mis tous les mécanismes pour résorber un certain nombre de problèmes. Donc c'est ce que le comité a fait.

Q : Ce que j'ai compris, c'est que le décret a été pris et c'est après que les techniciens du ministère ... ?

R : Ce n'est pas vrai ! Moi je fais partie du comité, pour les deux [décrets] d'ailleurs ! Donc, ce n'est pas ça. Il y'a eu d'ailleurs plusieurs réunions et il fallait voir ce que ça nous a pris comme temps pour pouvoir faire le décret avec tous les éléments. Il fallait donner des données statistiques et il fallait aller les chercher dans toute la documentation du Ministère de la Santé, depuis 10-15 ans ; alors regardez toute l'évolution ! Et tout ce qu'on a fait. Tout ce que l'Etat a fait et les résultats qu'on a obtenus en faisant ces activités. Donc, ce n'est vraiment pas ce que les gens ont dit par rapport à ça » (CT/ministre).

### ***Les domaines de prestations des soins gratuits***

Cinq domaines de prestations sont pris en charge par l'Etat dans le cadre de la politique de la gratuité des soins, à savoir la césarienne, la consultation prénatale, les soins aux enfants de 0 à 5 ans, les produits contraceptifs et préservatifs et les cancers gynécologiques.

A chaque domaine correspond un paquet de soins gratuits :

- *La césarienne* : une fois que l'indication de la césarienne est posée, toutes les prestations liées à celle-ci sont considérées comme gratuites, en l'occurrence la consultation pré-anesthésique, l'acte chirurgical, l'hospitalisation, les examens de laboratoires, les produits et consommables liés au traitement (y compris ceux de la transfusion sanguine).
- *La consultation prénatale* : le paquet de soins pour la gratuité est constitué des éléments suivants : les carnets de santé de la mère et de l'enfant, l'acte (consultation prénatale, la chimio prophylaxie antipaludique et la supplémentation en micronutriments), l'albumine-sucre et tous les examens de laboratoire et/ou d'imagerie liés à la CPN (consultation prénatale) et au dépistage des grossesses à risque, le BW, les consommables médicaux (gants, doigtiers, etc.).
- *Les produits contraceptifs et préservatifs* : il s'agit essentiellement de ceux à l'usage des femmes. Ils sont fournis par le Ministère de la Santé Publique à travers l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) qui est chargé d'assurer la distribution jusqu'au niveau des régions. A ce niveau, seuls le carnet et les consommables sont facturés et font l'objet d'un remboursement à la formation sanitaire.
- *Les enfants âgés de 0 à 5 ans* : tous sont pris en charge à 100 % lorsqu'ils se présentent dans les formations sanitaires publiques en cas de maladie. Cependant, il faut souligner que la consultation nourrisson et la vaccination (antigènes retenus par le Programme Elargi de Vaccination systématique) n'ont jamais été payantes et ne sont donc pas remboursables dans le cadre de la politique de gratuité.
- *Les cancers gynécologiques* : les consultations après dépistage, les examens de laboratoire et de radiologie, les soins y compris la radiothérapie, l'hospitalisation, les actes médicaux et chirurgicaux, les médicaments, et les actes de contrôle et de suivi.

### ***La définition de la population concernée***

La formulation de la politique d'exemption de paiement est d'origine exogène (V. Ridde, 2006) car les catégories cibles de cette gratuité correspondent à des normes définies par les institutions internationales (enfants âgés de 0 à 5 ans, femmes enceintes). Ce sont des groupes qualifiés de vulnérables, pour lesquels des actions d'envergure mondiale (OMD) sont menées pour améliorer leur santé. Cette

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

mesure se fonde sur le critère de vulnérabilité à partir d'un *modèle égalitaire*<sup>17</sup> s'appliquant à l'ensemble des individus des catégories ciblées, sans aucune distinction de ressources.

---

<sup>17</sup> Tous les individus sont égaux et doivent être traités de la même façon, quelles que soient leurs caractéristiques et leurs revenus (Ridde, Op.Cit.)

## II. LA MISE EN ŒUVRE

D'une manière générale, la mise en application a été précipitée, sans que les conditions préalables soient réunies. La gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans (qui constituent la majorité de la clientèle des CSI) a été introduite d'emblée dans les structures de santé publiques, à l'échelle nationale, sans mener des tests sur des zones témoins, et sans attendre les résultats des expériences menées en collaboration avec des ONG (Help, MDM) qui avaient commencé la gratuité des soins à Keita, Mayahi et Téra.

### *L'information des acteurs locaux*

La plupart des acteurs locaux intervenant dans la santé (personnels de santé, COSAN, COGES, ONG, syndicats, chefs traditionnels, etc.) n'ont pas été officiellement informés de la décision de la gratuité des soins. Ce n'est qu'après coup que l'information a plus ou moins circulé.

« C'est en ce sens qu'il n'y avait pas eu de préparation. C'est à dire qu'il n'y a pas eu de préparation des acteurs tant du point de vue des techniciens, tant du point de vue des populations pour que les ressources de la gratuité soient gérées de façon efficace et efficiente. C'était ça le gros problème ». (DEP/MSP)

Certains acteurs communautaires ont appris la décision de bouche à oreille, à l'occasion des réunions, par la radio ou la télé. Par exemple, l'Association des Chefs Traditionnels du Niger (ACTN) affirme n'avoir eu aucune note officielle sur la décision de la gratuité des soins. Pourtant, elle joue un rôle d'intermédiaire entre les populations et les institutions de développement, et notamment travaille en collaboration avec l'UNICEF dans le cadre des sensibilisations des journées nationales de vaccination (JNV).

Par ailleurs, la mission chargée de sensibiliser et de former le personnel des services de santé et les communautés n'a commencé à circuler qu'après la mise en œuvre de la gratuité. Selon le coordinateur d'une ONG internationale, cette mission s'est déroulée entre mars et mai 2007 alors que la mise en application de la décision avait commencé en mars ; elle était composée de gens mal formés pour expliquer la gratuité des soins parce qu'ils ne connaissaient pas les aspects pratiques, voire théoriques, de la gratuité. Ils se sont contentés d'annoncer la gratuité aux populations sans pouvoir l'expliquer dans son contenu pratique.

Cette version, qui est confirmée par de nombreux acteurs de terrain (cf. rapport à venir sur la mise en œuvre), est très différente de celle de certains responsables du Ministère, pour qui l'information a été bien faite.

### ***Le travail des cadres du MSP : mettre en place un système de santé cohérent***

Face à cette introduction brutale qui pouvait menacer le système du recouvrement des coûts et au risque d'un retour à l'ancien système de la gratuité totale de l'Etat sans médicaments, la nouvelle politique de la gratuité a été « récupérée » par les cadres du MSP, « comme un bébé abandonné »<sup>18</sup>, afin de la mettre en adéquation avec le système de santé fondé sur le recouvrement partiel des coûts de soins.

« Ça a commencé par un décret. C'est à dire quand le décret a été pris, nous au Ministère de la Santé on s'est préparé techniquement à la mise en œuvre de cette gratuité des soins. Quand j'ai dit qu'on s'est préparé techniquement, ça veut dire quoi ? Nous nous sommes réunis à plusieurs reprises pour voir comment on va mettre en œuvre cette gratuité des soins » (cadre nigérien de la santé)

En fait, la préoccupation des cadres du ministère a été de mettre en place une gratuité qui s'articulerait avec le recouvrement des coûts auprès des usagers qu'il s'agissait de sauvegarder parce qu'il avait montré son efficacité, et parce qu'il avait assuré la disponibilité des médicaments dans les centres de santé, depuis une dizaine d'années. Le système du tiers payant s'est avéré le plus en adéquation avec le recouvrement des coûts de soin :

« Voir comment exécuter de façon judicieuse cette intervention. Et comme le ministère fonctionnait déjà sous le système de recouvrement des couts, le risque est qu'on détruise ce système qui a fait ses preuves depuis quelques années. On a réfléchi et on est arrivé à la conclusion que le système qu'on devrait mettre en place consiste à remplacer la population par l'Etat. Parce qu'habituellement l'enfant de 0 à 5 ans venait et il payait, la femme enceinte venait, il payait mais maintenant c'est l'Etat qui paie à leur place. Si quelqu'un paie à la place du malade, le système ne change pas. Il n'y a pas eu chambardement de tout le système. », (Un assistant technique/MSP)

Pour cela, suite à la décision de la gratuité de la césarienne, le MSP a mis en place, par arrêté 00019/MSP/LCE/DGSP/DOS du 14 février 2006, un groupe de travail dont les objectifs étaient de déterminer les modalités d'application du décret du 11-11-05 relatif à la gratuité de la césarienne et de trouver des stratégies de financement des formations sanitaires en vue de recouvrer les frais occasionnés par la gratuité de la césarienne. Ce groupe de travail avait aussi pour mission de proposer un mécanisme de suivi et d'évaluation de la gratuité de la césarienne. C'est ce groupe de travail qui a initié la première forme de remboursement par l'Etat ; autrement dit le principe du tiers-payant par l'Etat. En effet, il a proposé que le paiement de la gratuité de la césarienne par le Trésor National soit séparé des subventions et dotations habituelles que les formations sanitaires reçoivent chaque année, et qu'il soit créé un « chapitre budgétaire césarienne », qui a effectivement fonctionné en 2006. Le type de paiement proposé se faisait sur la

---

<sup>18</sup> Selon un cadre du MSP

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

base d'un devis estimatif annuel que les formations sanitaires devaient envoyer au plus tard le 1<sup>er</sup> juin au MSP qui transmettait à son tour au MEF.

En fait, à partir de 2007, cette première forme de paiement a évolué du fait de la décision de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les CPN, et surtout avec la mise en place d'un comité de pilotage et d'une cellule de la gratuité des soins, qui ont permis d'élaborer les outils de gestion. Le remboursement se fait désormais sur la base des actes pratiqués et non sur devis estimatif, le délai de paiement doit être ramené à un mois (théoriquement) au lieu d'un paiement annuel et les activités sont centralisées au niveau du MSP.

### ***Le comité de pilotage***

En mai 2007, devant les difficultés pratiques et la nécessité de mettre en place des outils de gestion adaptés à la gratuité, le MSP a convoqué une réunion avec les ONG ayant déjà mis en œuvre des expériences de gratuité afin de régler certains problèmes qui s'étaient présentés au niveau central. Car, selon le coordinateur d'une ONG, les missions de supervision et de contrôle du MSP ne donnaient pas la réalité de la gratuité du fait que tout était préparé pour les missions avant leur arrivée ; il y avait une « mise en scène » organisée par le personnel de soin pour donner l'impression que tout allait bien.

En fait, les réunions du comité regroupaient la Direction de l'Organisation des Soins, la Direction des Etudes et Programmation, un conseiller technique du Secrétaire Général du Ministère de la Santé, les ONG HELP et MDM. Le travail du comité était d'aider le MSP à élaborer les outils de gestion de la gratuité des soins et assurer un suivi de sa mise en œuvre. Ce comité a été ensuite élargi aux bailleurs de fonds (Banque Mondiale, AFD, UNICEF, UNFPA, etc.). Au début 2007, les réunions étaient hebdomadaires, elles sont devenues mensuelles. Le comité est resté informel. De fin 2007 à mai 2010, le comité a cessé de tenir ses réunions malgré l'importance de ce comité, et il n'a été réactivé et formalisé qu'en mai 2010<sup>19</sup>. Il a tenu sa première réunion dans le nouveau local de la cellule de la gratuité des soins, le mercredi 16 juin 2010.

### ***Récapitulatif des étapes de la décision de la gratuité des soins***

Le tableau ci-dessous récapitule les grandes étapes de la mise en place de la gratuité des soins.

11 novembre 2005	Décret accordant la gratuité de la césarienne
------------------	---

---

<sup>19</sup> Arrêté n° 000132/MSP/DGSP/DOS/CGS du 07 mai 2010, portant création d'un comité de pilotage et du suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

27 janvier 2006	Arrêté d'application du décret de la césarienne
1 <sup>er</sup> février 2006	Début d'application de la gratuité de la césarienne à la maternité Issaka Gazobi
14 février 2006	Mise en place par arrêté du MSP (n° 00019/MSP/LCE/DGSP/DOS du 14 février 2006) d'un groupe de travail chargé de réviser les textes réglementaires régissant le recouvrement des coûts, la création du fonds social et les modalités d'applications de la gratuité de la césarienne
Février 2006	HELP instaure la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans à Téra
Avril 2006	Elaboration du guide d'application des modalités de la gratuité de la césarienne. Début des négociations entre l'Etat du Niger et la Banque mondiale.
7 avril 2006	Arrêté accordant la gratuité des produits contraceptifs
26 avril 2006	Arrêté accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins pour les enfants de 0 à 5 ans
21 au 23 juin 2006	L'atelier sur « les stratégies d'accès aux soins au Niger », tenu à Zinder, a recommandé, entre autres, l'application intégrale des différentes mesures prises relatives à la gratuité des soins. Ces assises ayant regroupé plusieurs couches socio professionnelles ont permis aux participants de faire connaître leurs préoccupations par rapport au fonctionnement d'un système de santé dans lequel était instaurée la gratuité des soins pour certaines prestations.
Juin 2006	HELP commence la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans à Mayahi
Octobre 2006	Démarrage de l'exemption du paiement pour les enfants de moins de 5 ans par MDM/F dans le district sanitaire de Keïta.



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

Fin 2006	<p>Accord entre la coopération française et le Niger pour financer une partie de la gratuité par l'aide budgétaire.</p> <p>Aide budgétaire de la France de 1,6 million d'euros en appui à la gratuité des soins (géré par l'AFD)</p>
Mars-Mai 2007	<p>Missions de sensibilisation sur la gratuité</p> <p>Début des réunions du comité de pilotage</p>
19 juillet 2007	<p>Décret instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins</p>
1 <sup>er</sup> Aout 2007	<p>Lancement officiel de la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans à Zinder par le Ministre de la Santé Publique.</p>
22 Aout 2007	<p>Arrêté portant création de la cellule de la gratuité des soins</p>
Septembre 2007	<p>Les outils de gestion de la gratuité aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ont été élaborés. Une note portant sur les modalités de gestion (outils de gestion) de la gratuité a aussi été transmise aux différents acteurs concernés.</p>
18 septembre 2007	<p>Début de la formation des acteurs directement impliqués dans la gestion de la gratuité des soins</p>
Décembre 2007	<p>Signature d'une convention de financement, entre le France et le Niger, d'un montant de 5 572 000 000 FCFA en appui à la gratuité des soins dont une partie ira au remboursement des factures</p>
07 mai 2010	<p>Arrêté portant création d'un comité de pilotage et du suivi de la mise œuvre de la gratuité des soins</p>

L'élaboration des outils de gestion de la gratuité des soins

La tarification des prestations gratuites

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

Les tarifications de prestations gratuites remboursées par l'Etat ont été déterminées de plusieurs manières :

1) *Sur la base des tarifs issus du recouvrement des coûts des soins.* En effet, le recouvrement des coûts partiels des soins initié dans les années 1990 au Niger a introduit une catégorisation des patients en fonction du type de prestation. Chaque catégorie correspond à un tarif forfaitaire préalablement établi qui a servi pour l'élaboration de certains outils de gestion de la gratuité des soins.

2) Sur la base du travail du comité technique national au titre du 1<sup>er</sup> trimestre 2007 et des résultats de l'étude des coûts réalisée par le MSP en février 2006<sup>20</sup> qui ont permis d'uniformiser les tarifs et les modes d'accès aux soins. En fait, il existait, avant la gratuité des soins, deux modèles de tarification des prestations des soins dans le système de santé au Niger: i) le tarif unique (ou forfaitaire) consistant pour le patient à payer un seul tarif pour la consultation et les médicaments ; c'est le modèle majoritaire qui se rencontre dans la plupart des formations sanitaires du pays. ii) le tarif éclaté, où le patient paie d'abord pour la consultation ; ensuite une ordonnance lui est délivrée, à part, pour payer les médicaments dans la pharmacie de cession du centre de santé concerné. Ce type de tarification se rencontrait particulièrement dans les districts de santé où intervient la Coopération technique belge ( région de Dosso, district sanitaire 3 de Niamey). Ce modèle de tarif éclaté a été supprimé en 2007, suite à l'introduction des nouveaux outils de gestion de la gratuité des soins en vue d'uniformiser le mode d'accès aux soins pour une gestion centralisée engendrée par la mise en place de la gratuité des soins.

3) En ce qui concerne le tarif de la césarienne, il a été arrêté *conformément au décret 2005-316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2005*, sans une étude préalable du coût estimatif de la césarienne selon le type de structure de santé (hôpitaux et maternité nationaux, centres hospitaliers et maternités régionaux, hôpitaux de districts). En fait, ce sont les agents de la DOS du MSP qui ont établi les différents tarifs de la césarienne en se basant sur des informations recueillies directement à Niamey et par téléphone pour les autres auprès de quelques responsables des centres pratiquant la césarienne. Ainsi, pour la responsable de la Maternité Issaka Gazobi (MIG), ce tarif (80 000 FCFA) ne correspond pas à la réalité, il est très en dessous du coût réel d'une césarienne à la MIG qui tourne autour de 120 000 FCFA<sup>21</sup>. Par contre, en ce qui concerne les autres formations pratiquant la césarienne, le tarif est avantageux car il dépasse le coût de la césarienne dans un centre de santé du niveau régional ou un hôpital de district, selon le coordinateur de la cellule de la gratuité.

---

<sup>20</sup> MSP, 2007, *Gestion de la gratuité des soins au Niger*.

<sup>21</sup> Sahel n°7214 du lundi 23 octobre 2006

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

4) Le tarif des traitements des cancers gynécologiques a été élaboré conformément au protocole de la prise en charge défini par un comité mis en place au MSP qui était chargé de l'élaboration des modalités d'application.

Quant aux fiches et contraceptifs, ils sont fournis aux formations sanitaires par le MSP, donc ne doivent pas faire l'objet d'un remboursement.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

***Tarifs des prestations gratuites***

Prestations gratuites	Hôpitaux Maternité nationaux	Centres Hospitaliers Maternités régionaux	Hôpitaux de districts	Centres de Santé Intégrés	Cases de Santé
Césarienne GEU, rupture utérine	80.000 FCFA	50.000 FCFA	35.000 FCFA	-	-
Soins enfants 0 – 5 ans (hospitalisé)	Pédiatrie 30.000 FCFA	25. 000 FCFA	10 000 FCFA	2 100 FCFA (observation)	-
	Chirurgie 40. 000 FCFA	30. 000 FCFA	12 000 FCFA		-
	Autres services spécialisés 25.000 FCFA	20.000 FCFA	-		-
Soins enfants 0 –5 ans (externe)	Pédiatrie 15 000 FCFA	10 000 FCFA	5 000 FCFA	500 FCFA	250 FCFA
	Chirurgie 20 000 FCFA	15 000 FCFA	7 000 FCFA	500 FCFA	-
	Autres services spécialisés 20.000 FCFA	15 000 FCFA	-	-	-
Consultation prénatale	-	-	-	1000 FCFA	-
Soins obstétricaux d'urgence	6 000 FCFA	6 000 FCFA	5 000 FCFA		
Produits et consommables pour la contraception	1 000 FCFA	1000 FCFA	1000 FCFA	1000 FCFA	-

Source : MSP

***Le dossier type de demande de remboursement***

Le dossier type de demande de remboursement envoyé par les formations sanitaires au MSP comprend trois pièces : une lettre de demande de remboursement au nom du ministre de la santé publique, une fiche récapitulative des prestations fournies gratuitement et une facture détaillée des prestations et leurs montants.

Les éléments suivants doivent également y figurer : la période de l'activité, le nom de la formation sanitaire, le numéro de contact téléphonique, le numéro de compte bancaire, la date d'établissement de la facture, les signatures du médecin

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

chef du district sanitaire, du gestionnaire et du président du comité de gestion du district ( pour les Districts sanitaires) ou les signatures du directeur et du gestionnaire de l'établissement (s'agissant des centres hospitaliers régionaux et maternités de référence régionale, des hôpitaux nationaux et maternité de référence nationale).

Pour toutes les formations sanitaires, ce dossier doit être établi en deux copies dont une est envoyée directement à la Direction de l'Organisation des Soins (DOS) et l'autre à la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) ; sauf pour les hôpitaux nationaux et la maternité de référence nationale où le dossier est seulement envoyé à la DOS. Ce dossier type a été élaboré par les techniciens du MSP en collaboration avec les partenaires techniques et financiers. Il constitue la forme de dossier sur la base de laquelle l'Agence Française pour le Développement (AFD) accepte de payer les factures.

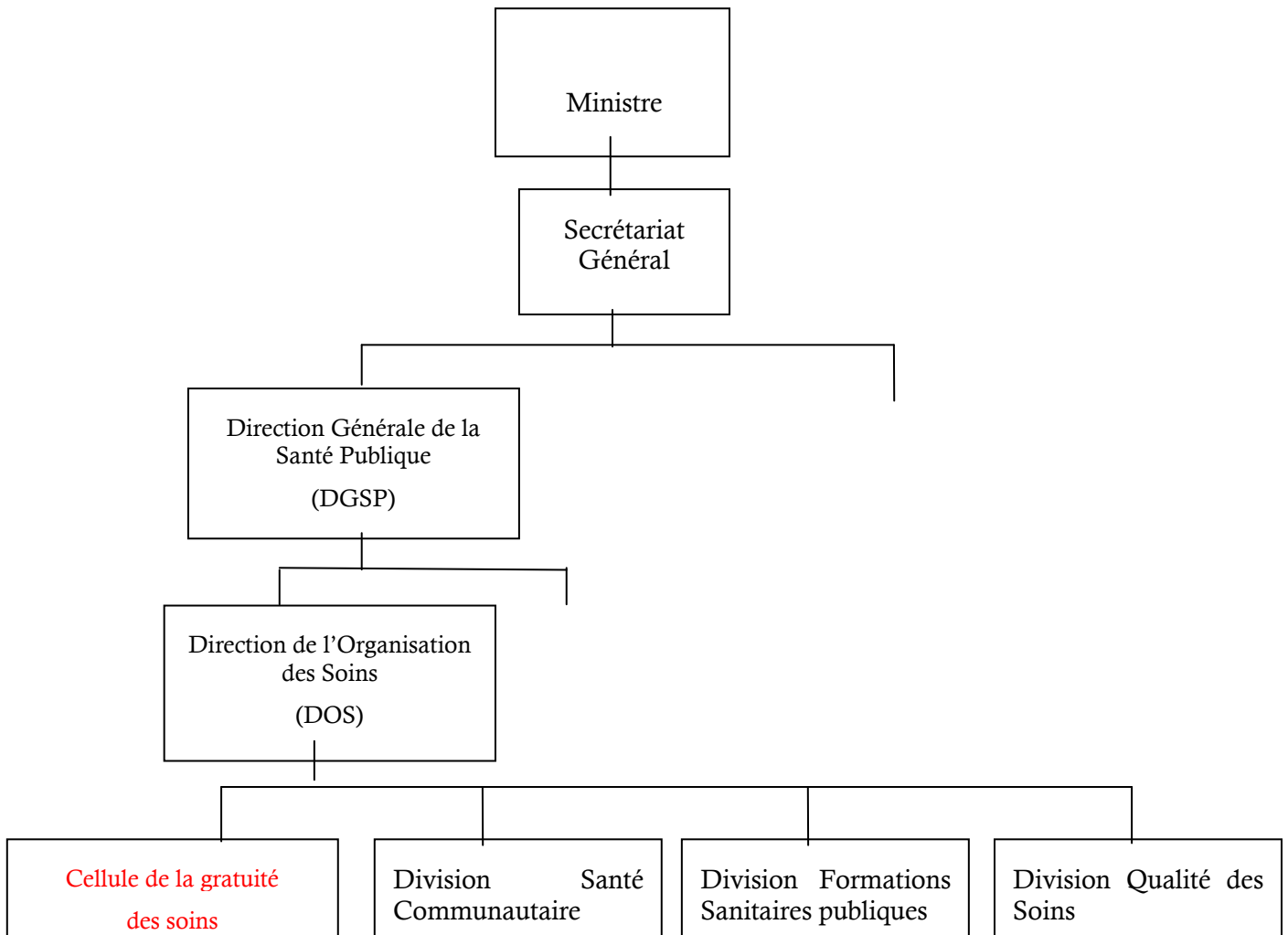
***La cellule de la gratuité, “un géant aux pieds d’argile”***

La cellule de la gratuité des soins a été créée en 2007 par arrêté n°00219/ MSP/ DGSP/DOS du 22 août 2007. La décision de sa création a été prise suite aux travaux du comité de pilotage (cf. supra) de la mise en œuvre, composé des cadres du Ministère de la Santé, des cadres du Ministère des Finances, des ONG de la gratuité et des bailleurs de fonds internationaux. En fait, la création de cette cellule répond à une nécessité de désengorger l'administration du MSP, parce qu'en fin 2007, les factures étaient traitées par un seul agent de la DRFM, ce qui avait créé un goulot d'étranglement dans le fonctionnement de cette direction. On peut par ailleurs remarquer que la création de cellules et de points focaux est devenue un mode de gestion fréquent au Niger pour la mise en place de nouvelles politiques publiques soutenues par les partenaires techniques et financiers extérieurs. Selon certains, ce serait un moyen pour ces derniers de contrôler l'utilisation de leurs fonds, malgré l'approche sectorielle.

La cellule est rattachée à la Direction de l'Organisation des Soins (DOS) qui elle-même dépend de la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP).

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS

*Organigramme*



Conformément à l'article 3 de l'arrêté ci-dessus cité, la cellule a pour mission d'assurer la coordination et le suivi des activités relatives à la gratuité des prestations de santé. A ce titre elle est chargée de :

- assurer la coordination de l'ensemble des activités liées à la gratuité des prestations de santé ;
- sensibiliser, informer et organiser l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de la mise en œuvre de la gratuité ;

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

- veiller à la collecte de toutes les factures émises ;
- vérifier la conformité des factures et des fiches récapitulatives ;
- transmettre à temps les pièces justificatives pour le remboursement des frais ;
- assurer le suivi et l'évaluation des activités relatives à la gratuité des prestations ;
- collaborer avec le répondant du Ministère des finances pour le déblocage des fonds à temps ;
- veiller à l'établissement d'une banque de données sur la gratuité des prestations au Niger.

La cellule est considérée comme une structure géante dans la mesure où elle s'occupe de la gestion de l'accès à la santé de plus de la moitié de la population du Niger, en prenant en compte les catégories cibles que sont les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. La cellule de la gratuité des soins a géré de sa création à 2008 un montant total de 5 754 773 276 FCFA (voir annexe).

Malgré tout, la cellule de la gratuité n'est pas bien dotée en matériel et personnels. C'est une structure qui a vu le jour sans que les conditions préalables de son fonctionnement soient réunies. En effet, jusqu'en janvier 2010 elle n'avait pas de local propre<sup>22</sup>. Elle s'est mise en place avec une partie seulement du personnel prévu selon l'article 4 de l'arrêté de création et dans le local de la division des formations sanitaires publiques. C'est cette dernière qui a traité les factures de remboursement de la gratuité jusqu'à la création de la cellule, en août 2007, où deux de ses agents (qui s'occupaient déjà des factures de la gratuité) ont été détachés à la cellule gratuité. Par manque de local, la cellule est restée dans le local de la division de la formation sanitaire publique, qu'elle partageait avec un agent de cette division.

En ce qui concerne le personnel, selon l'article 4 de l'arrêté cité, il doit comprendre :

- un coordinateur ;
- un gestionnaire ;
- un secrétaire.

---

<sup>22</sup> Depuis février 2010, la cellule de la gratuité des soins est installée dans les locaux du projet santé II.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

En réalité, jusqu'en octobre 2009, les activités de la cellule étaient assurées par deux personnes ayant un DESS en gestion des services hospitaliers. Il s'agit de :

1) La « collègue »<sup>23</sup> du coordinateur qui a été affectée à la cellule parce qu'elle avait une certaine expérience de la gratuité des soins (elle a participé aux travaux du comité chargé de l'élaboration des modalités de la césarienne en 2006). Elle est restée au centre de santé de la mère et de l'enfant de Niamey avant d'être affectée à la division des formations sanitaires publiques au Ministère de la Santé, en 2007. Son travail à la cellule consiste à vérifier la conformité des factures en reprenant les calculs. Elle fait ce travail manuellement, à l'aide d'une calculatrice, parce qu'elle trouve le calcul avec Excel très compliqué. Ensuite, par un geste du bras elle remet la facture au coordinateur qui est juste assis à côté d'elle.

2) Quand au coordinateur, il a été nommé à ce poste malgré son appartenance politique à l'opposition (PNDS). Il pense qu'il marche sur des œufs. Il est prudent dans ses propos et il tient généralement un discours normatif. Son travail consiste à reprendre les calculs déjà faits par sa collègue. Il fait ensuite la compilation des factures par districts sanitaires et hôpitaux à l'aide de son ordinateur de bureau. La compilation est une forme d'état, de condensé des données ; c'est un récapitulatif des factures par district.

« Au départ, je compile dès que la facture arrive. Mais maintenant je le fais par région pour nécessité de travail parce qu'on me demande des fois des données par région. Les factures sont déjà compilées et quand l'argent vient je prends directement les factures correspondant à tel mois pour toutes les formations sanitaires et pour cela certaines formations qui envoient en retard sont pénalisées. »

Il fait aussi le suivi des factures en se rendant régulièrement le matin, avant de venir à la cellule, au Trésor pour s'enquérir de la situation des factures, en particulier tous les lundis pour que la réunion hebdomadaire de trésorerie puisse inscrire le paiement des factures à l'ordre du jour.

« Mais parfois le paiement des factures est retardé parce qu'il y a d'autres priorités qui viennent. Cette semaine, c'est le paiement des salaires des fonctionnaires à l'occasion de la fête du ramadan qui a retardé le paiement des factures. »

Il se rend également deux à trois fois par mois au Ministère de l'Economie et des Finances pour accélérer le traitement des factures. Il assiste à toutes les réunions touchant la gratuité des soins au sein et en dehors de son ministère (ateliers, réunions). Il effectue aussi des missions de plusieurs jours à l'intérieur du pays (évaluation à mi parcours du PDS, missions de supervision de la mise en œuvre de la gratuité, etc.).

Ces deux agents ont assuré, seuls, le fonctionnement de la cellule de la gratuité jusqu'en novembre 2009, date à laquelle deux autres agents (un gestionnaire et un

---

<sup>23</sup> Je l'ai qualifiée ainsi parce que son poste n'est pas défini. Au début, je l'ai prise pour la secrétaire du coordinateur, vu sa position dans le bureau. C'est après que le coordinateur m'a dit que c'est sa collègue, et qu'ils ont le même diplôme.



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

épidémiologiste) y ont été affectés. Ce renforcement en ressources humaines est à mettre à l'actif de la ministre de l'époque (avant le coup d'Etat) qui connaît bien les problèmes de la cellule parce qu'elle était restée plusieurs années au poste de Secrétaire Général du ministère. Les deux nouveaux agents affectés se sont installés dans le même bureau exigu que les trois premiers (les deux de la cellule et celui de la division de la formation sanitaire publique). En effet, la cellule est un petit local d'environ 30 m<sup>2</sup> dans lequel cinq personnes travaillent de telle manière qu'il ne reste plus de place assise pour une autre personne (moi-même, qui faisais un stage dans la cellule, n'avais pas où m'asseoir). Dans le local, on compte trois bureaux (celui du coordinateur, celui de son adjointe et celui de l'agent de la division de la formation sanitaire publique). Le local est occupé de telle sorte que pour aller chez le coordinateur qui est à l'autre bout, il faut passer entre les deux bureaux de ses collègues par un couloir de 30 centimètres environ.

Des documents sont entreposés au coin des murs, dont un tas à une hauteur de 1m 80, au-dessus de la tête du coordinateur de la cellule. Les factures traitées sont déposées sur une petite table à côté du coordinateur. Certaines sont rangées dans des classeurs sur son bureau et celui de sa collègue. Certains classeurs ont été acquis grâce à la « débrouillardise » de celle-ci qui les a récupérés dans les bureaux avoisinants où ils ne servaient à rien.

La plupart du matériel de la cellule est constituée de dons de l'Union Européenne. Il s'agit de deux ordinateurs de bureau dont un est en mauvais état et deux ordinateurs portables. Deux imprimantes ne fonctionnent pas par manque de toner d'encre. La cellule de la gratuité n'a pas de photocopieur. Pour faire des impressions ou des photocopies les agents demandent la collaboration des collègues des bureaux avoisinants. En général, ils se montrent très coopératifs, mais parfois les demandeurs encaissent des propos indirects de la part de certains de leurs collègues, comme : « *Vos clés contiennent des virus qui affectent nos machines, il faut chercher un antivirus* » ; ou « *Vous êtes les premiers consommateurs de papiers et d'encre dans ce ministère.* »

La cellule possède également deux tables de bureau plus neuves et grandes que celle de leur collègue de la division de la formation sanitaire.

La cellule n'a pas de téléphone. Pour passer les appels dans les formations sanitaires en cas d'erreurs sur la facture ou de complément d'information, le coordinateur procède de deux manières : soit il fait un SMS à partir de son téléphone portable au médecin ou au gestionnaire d'une formation sanitaire qui l'appelle ensuite ; soit il descend au premier étage (le bureau de la cellule de gratuité se trouve au 3<sup>ème</sup> étage), où la Coopération Technique Belge a mis son téléphone à la disposition de la cellule pour tous ses appels<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> La description correspond à la situation fin 2009. En 2011, nous documenterons les nouvelles conditions de travail dont bénéficie la cellule gratuité depuis début 2010.

### *La réception des factures*

Le premier contact des factures de remboursement dans le MSP est la cellule de gratuité. Ces factures arrivent à la cellule par trois voies :

- *par les compagnies de transport terrestre.* Les formations sanitaires les plus éloignées envoient leurs factures dans une enveloppe libellée au nom du coordinateur de la cellule. La plupart du temps c'est le coordinateur qui va chercher les enveloppes au niveau de la compagnie (Rimbo, Air-Transport, etc.) ; pour cela il utilise sa propre moto. Pour une question de proximité, il demande aux formations sanitaires de privilégier l'envoi par Air-Transport qui se trouve à côté de son domicile. La formation sanitaire appelle le coordinateur pour l'informer de l'envoi d'une facture. Parfois, la compagnie fait déposer directement l'enveloppe contenant la facture au bureau d'ordre du Ministère de la Santé Publique. Les frais d'envoi sont à la charge des formations et ne sont pas facturés dans le remboursement. Les enveloppes contenant les factures ne sont pas enregistrées au Bureau d'Ordre (BO) ; elles sont directement envoyées à la cellule de la gratuité.
- *par courrier.* Des factures sont également envoyées par le circuit administratif au nom du Ministre de la santé publique. Elles sont reçues au niveau du Bureau d'Ordre (BO) du MSP, puis elles sont enregistrées et envoyées au cabinet du ministre pour appréciation et suite à donner. Elles vont au niveau du Secrétariat général puis reviennent au niveau du BO avec imputation à la DGSP. De la DGSP, le courrier va à la DOS et à la Cellule de gratuité. Le délai de ce circuit dépendant de la disponibilité du ministre ou du SG. Le délai le plus court est de 5 jours. Seules les formations sanitaires de la communauté urbaine de Niamey font ce type d'envoi. Mais pour éviter ce long circuit, ces formations déposent en même temps un courrier, directement à la cellule de gratuité.
- *par dépôt direct à la cellule.* C'est une pratique des formations sanitaires des régions limitrophes de la communauté urbaines de Niamey (Tillabéry, Dosso). Elle consiste à envoyer la facture par l'intermédiaire d'un agent en déplacement sur Niamey. Ces factures également ne sont pas enregistrées au BO. Elles sont directement déposées à la cellule de gratuité par l'agent en déplacement.

### *L'archivage des factures*

La réception des dossiers de remboursement soulève la question de la traçabilité des factures de la gratuité des soins. En effet, c'est seulement au niveau de la cellule que les documents de remboursement sont enregistrés dans un ordinateur par le coordinateur. Il s'agit ici d'un problème qui n'a pas beaucoup attiré l'attention des agents du MSP mais dont les effets pourraient être révélés par

l'audit qui se prépare. On peut citer un cas. Un lot de factures de 2007 s'est retrouvé dans le circuit en 2009 alors que l'année était considérée comme totalement épongée. L'origine de ces factures échappe totalement aux agents du MSP car il n'existe aucune trace de ces factures. Le coordinateur de la cellule suppose que ce sont des factures qui ont été retournées aux formations sanitaires pour correction parce qu'elles comportaient des erreurs, et que ces formations ne les ont jamais renvoyées. Elles ont été retrouvées lors des missions de supervision. Il s'agit d'un lot de factures d'un montant de 147 000 000 FCFA appartenant à des formations sanitaires des zones éloignées, essentiellement Tchirozerine et Gouré qui sont des localités enclavées.

Ces factures ont été introduites dans le circuit de remboursement pour être payées sur les fonds de l'AFD. Mais elles ont été retournées au MSP par le Trésor parce que les factures de 2007 n'étaient plus éligibles au titre du paiement sur ce fonds. De ce fait, elles ont été remplacées par d'autres de 2008 du même montant. Quant aux factures de 2007, elles ont été remises dans le circuit avec une demande de paiement sur fonds propres de l'Etat. Nous ne savons pas si elles ont été réglées.

### ***Le financement de la gratuité des soins***

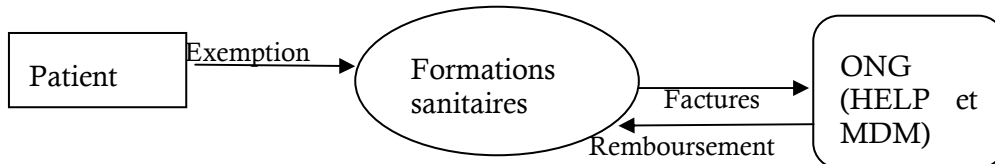
Environ 23 bailleurs de fonds (UNICEF, UNFPA, Coopération Technique Belge, l'AFD, la Banque mondiale, etc.) interviennent dans le secteur de la santé sous des modes opératoires divers (aides-projets, aide sectorielle, programmes verticaux, assistance technique, dons, etc.). La plupart de ces bailleurs financent indirectement la gratuité des soins par leurs interventions dans le financement de la santé d'une manière général. On peut citer, entre autres que :

- L'UNFPA a mis à la disposition de toutes les formations sanitaires du pays des contraceptifs et des préservatifs.
- L'UNICEF a offert à certaines structures de santé des médicaments et des kits « césarienne ».
- Le Fonds Mondial à travers le Programme National de Lutte Contre le Paludisme a mis à la disposition des formations sanitaires des anti-paludéens.
- Plusieurs ONGs financent cette gratuité de prestations dans certains districts sanitaires, à savoir : Médecins du Monde à Keita ; HELP à Mayahi et Téra ; Médecins sans frontière/Espagne à Madaoua ; Médecins sans frontière/Belgique à Dakoro et Guidan-Roundji ; Médecins sans frontière/Suisse et Save the children à Zinder ; Save the children à Aguié et Tessaoua.

Ces ONG, financées par des organismes internationaux (ECHO, par exemple), fournissent des intrants et un appui technique et gestionnaire aux structures sanitaires dans les localités où elles interviennent. En réalité, le dispositif du remboursement mis en place ici est différent de celui de l'Etat et de l'AFD, car les

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

factures sont directement transmises aux ONG sans passer par le MSP, et ces ONG ravitaillent directement les formations sanitaires concernées en intrants.



Les conditions sur le terrain de la mise en œuvre de la gratuité sont de ce fait radicalement différentes selon qu'il s'agisse de districts soutenus par des ONGs (où il n'y a pas de problème de financement et d'approvisionnement en médicaments) ou de districts non soutenus (où les longs retards de remboursement ont des conséquences graves).

### *L'Agence Française de Développement (AFD)*

C'est l'unique bailleur international qui contribue directement au remboursement des factures de la gratuité dans le cadre de l'aide budgétaire que la France a accordé au Niger, selon le circuit officiel ci-dessous décrit.

Les autres partenaires de la santé n'ont pas suivi la France pour intervenir directement dans le remboursement des factures:

« Par ailleurs, la perception que j'ai des autres partenaires, c'est qu'ils sont un peu frileux, un peu méfiants pour financer la gratuité parce qu'ils voyaient que ça ne fonctionnait pas bien au niveau des remboursements des factures qui avaient beaucoup de retards, que le personnel n'était pas forcément formé au remplissage des factures, etc. et ce n'était pas très rassurant pour les partenaires.» (Agent de l'AFD)

D'une manière générale, l'AFD intervient dans le secteur de la santé au Niger à partir de trois instruments (L. Cafferini, H. Pierrel, 2009), à savoir :

1) Le **fonds commun** (financé par l'AFD pour 13 millions d'euros et la Banque mondiale pour 28 millions de dollars US). Ces deux bailleurs ont décidé d'entrer dans une approche sectorielle d'intervention. L'idée fondamentale du Fonds Commun est de sortir de la logique-projet (qui est une intervention ciblée, définie en général par un bailleur en relation avec un pays bénéficiaire, et qui est circonscrite dans le temps et l'espace et dont les modalités sont toutes définies au départ) pour une approche sectorielle où les bailleurs apportent un soutien à une politique publique définie par un gouvernement dans un secteur donné. Il s'agit d'utiliser des outils communs en termes de procédure en vue d'harmoniser les interventions des différents bailleurs de fonds. Le Fonds Commun pour la santé est destiné au financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

**2) Une aide-projet**, d'un montant de 2 millions d'euros, destinée au financement d'une offre d'assistance technique résidente.

**3) Une Aide Budgétaire Globale (ABG)** qui est l'instrument par lequel la France intervient dans le cadre du remboursement des factures de la gratuité des soins. C'est une aide budgétaire de stabilisation macroéconomique (un appui apporté à l'équilibre du budget du Niger) qui comporte entre autres des tranches fixes affectées au financement de certaines dépenses prioritaires dans le domaine de la santé (1,6 million d'euros au titre de l'Aide Budgétaire Globale de 2006 et 6 millions d'euros au titre de celle 2007).

Le tableau ci-dessous montre que l'aide budgétaire programmée arrive le plus souvent avec un décalage important par rapport à l'année budgétaire. Compte tenu du retard dans la venue de la mission de la coopération française, l'aide budgétaire 2006, au lieu d'arriver au début de l'année, est arrivée en fin 2006. Ce qu'on a appelé aide budgétaire 2006 a donc été mise en œuvre en 2007, c'est-à-dire que les fonds ont été payés en 2007 et pour des factures de la gratuité qui étaient à la fois de 2007 et de 2006. Il s'est passé la même chose en 2007. La mission, au lieu d'arriver en début 2007, est arrivée en fin 2007 pour une aide budgétaire française 2007 qui a servi à payer des factures de 2008. Les aides budgétaires de 2006 et 2007 ont non seulement contribué à payer les factures de la gratuité, mais aussi à financer la dotation en médicaments et les subventions aux hôpitaux et écoles de formation. Par ailleurs, les taux d'utilisation de 54% et de 0% montrent simplement qu'une partie ou la totalité des ressources de l'aide budgétaire n'ont pas été utilisées pour l'année pour laquelle elles ont été prévues.

*Ressources des budgets 2006, 2007 et 2008 du MSP*

<b>Point d'affectation</b>	<b>Montant (M€)</b>	<b>Taux d'utilisation</b>
contribution au remboursement gratuité des soins (ABG 2006)	1,6	100
contribution au remboursement gratuité des soins (ABG 2007)	1,5	54
dotation en médicament du MSP (ABG 2007)	0,6	0
financement de subventions d'exploitation et d'équipement des hôpitaux et écoles de formation (ABG 2007)	3,9	0

Date du 28/02/08 – source : AFD.

### ***La participation de l'AFD au paiement des factures de la gratuité des soins***

En s'engageant dans cette action, l'intention de la France et de l'AFD était d'accompagner le gouvernement du Niger dans la mise en œuvre d'une décision qu'il avait prise et dont il n'avait pas les moyens.

« Mais une fois que le Niger a décidé de prendre la décision, nous, on a décidé de suivre, et comme on a vu qu'il n'y a pas forcément le budget inscrit nécessaire, on a décidé de mettre des fonds pour un peu servir de levier pour permettre une installation du système. La logique est de dire : à terme, nous, on se désengage, que l'AFD se désengage, et que le Niger puisse continuer à prendre en charge ça ; puisque si véritablement il y a une volonté politique, le Niger devrait pouvoir s'engager à le financer. » (Un agent de l'AFD)

Ce choix de la France relève d'une situation conjoncturelle. On était dans un contexte de crise où le Niger était à la une de la presse, et le gouvernement s'est engagé à prendre une décision qu'il n'était pas capable de respecter, parce que le MEF ne disposait pas des ressources nécessaires. Pour faciliter la mise en œuvre de cette mesure, la France a accepté, suite à une demande du gouvernement du Niger, de mettre à la disposition du MEF certaines ressources de l'aide budgétaire pour permettre la gratuité des soins. Selon un responsable de l'AFD, l'intention de la France n'était pas de se substituer au gouvernement nigérien à long terme ; c'était simplement une opération de court terme pour faire face à une situation particulière.

Mais : « Il se trouve que maintenant ça fait 3 ans qu'on la finance, donc finalement, ça met du temps à se mettre en place puisqu'on n'est toujours pas désengagé. Mais c'est un choix qu'on a fait encore, ça a été discuté beaucoup, tout le monde n'était pas d'accord ». (Un agent de l'AFD)

Très tôt l'Agence Française pour le Développement a été confrontée à diverses difficultés, constatées dans un rapport d'une mission d'évaluation (Cafferini & Pierrel, 2009). Elle a constaté que cet appui à la stratégie du MSP en matière de gratuité a contribué à donner une forte visibilité à l'AFD dans le secteur de la santé. Cependant, la mission a relevé une précipitation dans le choix des points d'affectations des aides budgétaires globales de 2006 et 2007 dans la mesure où ce choix dans la santé ne semble ni avoir été discuté de manière étroite avec le Ministère de la Santé et les autres partenaires du secteur, ni avoir fait l'objet d'une préparation suffisamment approfondie en amont de la mission financière et d'une véritable analyse sur la cohérence/complémentarité de ce financement par rapport aux autres instruments utilisés par l'AFD (fonds commun, assistance technique) et sur les conséquences pour l'AFD en terme de gestion des risques et d'implication dans le dialogue stratégique (modalités de pérennisation, d'accompagnement et de contrôle de la stratégie nationale de gratuité, évolution de la politique nationale de subventions aux hôpitaux et aux écoles de formation, règlements en faveur de structures communautaires/procédures contre la Lutte anti-blanchiment – LAB ).

Le rapport de la mission relève que l'effet de levier qu'auraient pu avoir les montants significatifs affectés au secteur de la santé dans le cadre des ABG 2006

et 2007 en complémentarité des autres financements de l'AFD ne semble pas se confirmer faute d'une mise en cohérence suffisante entre les différents instruments (objectifs, conditionnalités, modalités de décaissement, cadre de suivi, etc.).

En tout cas, l'ABG a permis au gouvernement nigérien de trouver *in extremis* des fonds pour financer une décision de gratuité de soins mal préparée.

### ***Les contraintes budgétaires***

Les politiques publiques sont soumises aux contraintes budgétaires (Lascoumes et Le Gales, 2009). L'Etat est le principal bailleur du remboursement de la gratuité des soins. Chaque année, la loi des finances alloue des crédits au remboursement des formations sanitaires pour les prestations fournies gratuitement aux catégories cibles.

### ***Les crédits alloués au remboursement des factures***

Le budget est voté chaque année par l'Assemblée Nationale. Il devient exécutoire une fois qu'il est publié dans le Journal Officiel. C'est à ce moment que le Ministre des finances écrit à tous les administrateurs de crédits (les ministres) pour les informer de l'ouverture des crédits pour le premier trimestre de l'année. C'est le Ministère de l'Economie et des Finances qui détermine l'enveloppe allouée à chaque ministère pour le trimestre. C'est en fonction du montant des crédits libérés qu'un ministère répartit ses rubriques de dépenses prioritaires.

La spécificité des crédits est qu'un crédit ne peut être dépensé que pour la rubrique pour laquelle il est alloué et le montant de ce crédit ne peut pas être dépassé (sauf si l'Assemblée Nationale modifie la loi des finances). Cependant, ces crédits peuvent être soumis à la régulation budgétaire, depuis 2000 ; c'est-à-dire qu'ils peuvent être revus à la baisse lorsque les recettes recouvrées n'ont pas atteint les prévisions.

Par contre, compte tenu de son caractère prioritaire, les crédits alloués à la gratuité des soins ne sont pas frappés par cette régulation budgétaire. Quel que soit l'état des recettes, le montant des crédits inscrits dans la loi des finances pour la gratuité est totalement exécuté au cours de l'année.

### ***L'insuffisance des crédits alloués à la gratuité des soins***

Chaque année, non seulement les crédits accordés au remboursement des factures sont insuffisants par rapport aux coûts estimatifs de la gratuité des soins (voir tableau ci-dessous) mais aussi l'Etat n'honore pas ses engagements. En effet, le tableau ci-dessous montre qu'en en 2007, trois milliards de francs ont été inscrits au titre de la loi des finances, dont 1 950 468 800 pour l'Etat et 1 049 531 200 pour l'AFD. Alors que l'AFD a versé la totalité de son engagement (soit 100%), l'Etat n'en a payé que 70 000 000 sur 1 950 468 800 (soit 4% de son engagement). En

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

2008, 7 800 000 000 ont été inscrits dans la loi des finances dont 983 935 500 fournis au titre de l'aide budgétaire de la France et le reste par l'Etat du Niger. Mais, l'Etat n'a honoré que 2 947 306 500 sur les 6 816 064 500 (soit 43%).

En 2009, alors que le MSP a estimé le coût de la gratuité des soins à 8 320 101 046 francs, le ministère des finances n'a accordé que 4 000 000 000 francs. Mais un débat s'est alors ouvert sur la valeur des dons en médicaments reçus par les formations sanitaires, venant d'institutions internationales (UNICEF, par exemple) ou d'ONG : le MSP a en effet demandé aux formations sanitaires d'estimer la valeur des intrants dont elles avaient bénéficié gratuitement, afin de déduire ce montant des remboursements de la gratuité.



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

*Bilan financier de la gratuité des soins de 2006 à 2008*

Sources de financement	Années			
	2006	2007	2008	Total
<i>Inscriptions dans la Loi de finances</i>				
Etat	<b>704 000 000</b>	<b>1 950 468 800</b>	<b>6 816 064 500</b>	9 470 533 300
France (aide budgétaire)		<b>1 049 531 200</b>	<b>983 935 500</b>	2 033 466 700
<b>Total</b>	704 000 000	3 000 000 000	7 800 000 000	13 537 466 700
<i>Engagements</i>				
Montant engagé Etat	704 000 000	<b>70 000 000</b>	<b>2 947 306 576</b>	3 721 306 576
Montant engagé France		<b>1 049 531 200</b>	<b>983 935 500</b>	2 033 466 700
<b>Montant total engagé</b>	704 000 000	1 119 531 200	3 931 242 076	5 754 773 276
Taux d'engagement Etat	100%	<b>4%</b>	<b>43%</b>	32,20%
Taux d'engagement France		100%	100%	100%
<b>Taux d'engagement total</b>	100%	37,3%	50,4%	42,5%
<i>Paielements</i>				
Montants payés Etat	704 000 000	70 000 000	2 398 042 350	3 172 042 350
Montants payés France		1 049 531 200	983 935 500	2 033 466 700
<b>Montant total payé</b>	704 000 000	1 119 531 200	3 381 977 850	5 205 509 050
Montants à payer	-		549 264 226	549 264 226
Taux de paiement/engagements Etat	100%	100%	81%	85%
Taux de paiement/engagements France		100%	100%	100%
<b>Taux de paiement/engagements Total</b>	100%	100%	86%	90%
Taux d'utilisation des crédits disponibles	100%	37%	43%	38%

Source : MSP

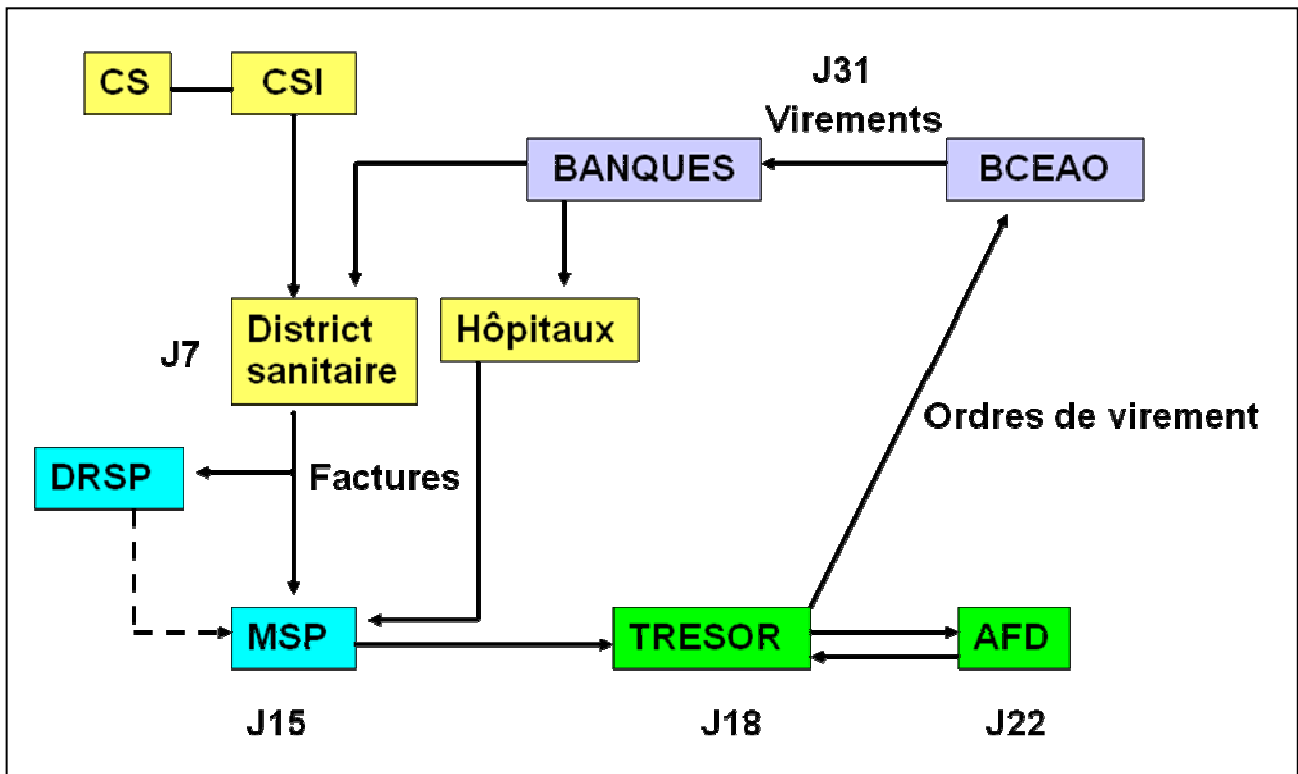
### III. LES CIRCUITS DU REMBOURSEMENT DES FACTURES DE L'EXEMPTION DE PAIEMENT

Cette partie nous permettra de constater l'écart qui existe entre le circuit officiel du remboursement des factures et les circuits observés dans la pratique.

#### *Le circuit normal*

Pour faciliter le remboursement aux formations sanitaires, le MSP a mis en place un circuit de remboursement. Officiellement, le délai de remboursement des prestations fournies gratuitement durant un mois devrait se faire à la fin du mois suivant. Par exemple, des prestations fournies pendant le mois de mai devraient être remboursées au plus tard le 30 juin aux formations sanitaires.

Voici le circuit tel que les techniciens du MSP l'ont conçu :



Source : MSP

### ***La description des circuits observés***

Nous avons tenté de suivre les factures dans les différentes étapes du circuit de remboursement (MSP, MEF, AFD)<sup>25</sup>.

En réalité, ce délai officiel n'est pas réaliste, parce que les factures peuvent rester plusieurs mois au niveau de la cellule de gratuité avant d'être engagées dans le circuit du remboursement. Puis, au MEF, elles sont payées selon la disponibilité financière. Ce qui déclenche leur engagement, c'est la libération des fonds. Deux fonds peuvent être disponibles : le fonds de l'aide budgétaire de la France (AFD) et/ou les ressources de l'Etat. Le trajet des factures engagées est défini en fonction de la libération de l'un ou de l'autre fonds.

### ***Le remboursement, selon les ressources propres de l'Etat : circuit de la dépense publique***

#### ***Au MSP***

Ce schéma décrit le circuit des factures destinées au remboursement par les ressources propres de l'Etat. Il s'agit de la première étape de ce circuit au sein du MSP avant d'aller au MEF.

Quand une facture est engagée dans le circuit du paiement sur les ressources propres de l'Etat, elle prend la voie de la dépense publique. L'engagement des factures obéit à la libération des crédits par le Ministère des finances. Les libérations sont trimestrielles. Mais en pratique, le ministère des finances les arrête à partir du troisième trimestre de l'année (selon une inspectrice du Trésor).

Une fois que le Ministère de la Santé est informé du montant libéré, la cellule de la gratuité commence à faire des montages de factures de remboursement par lots dont le montant ne dépasse pas 300 millions ; car, par expérience, les agents de la cellule évitent de monter des grosses factures de plus de 400 millions que le Trésor tarde à payer. En fait, la libération des fonds ne veut pas dire que les factures seront payées automatiquement. Le paiement se fera en fonction de la disponibilité de la liquidité au Trésor et au compte goutte.

Une fois que ces factures sont traitées par les agents de la cellule, elles sont regroupées par lots avec une lettre de remboursement au nom du Trésorier général. Ces documents sont ensuite envoyés à la signature du Ministre ou du Secrétaire général selon la disponibilité de l'un ou de l'autre. Mais, avant, elles passent par la Directrice de l'Organisation des Soins(DOS) et le Directeur Général

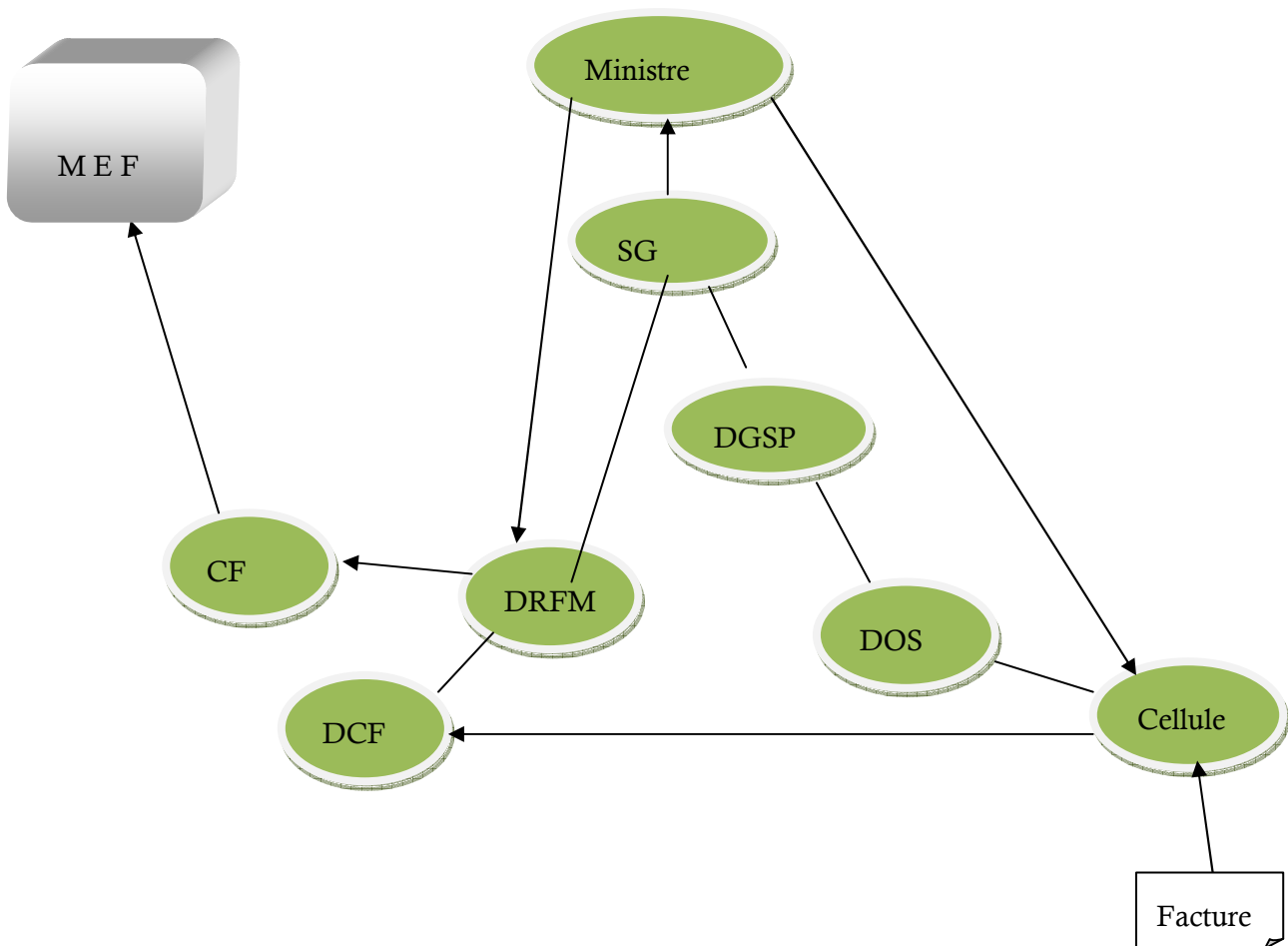
---

<sup>25</sup> En réalité, il n'y a pas un seul circuit, nous en avons identifié deux, plus ou moins rapides, déterminant le sort des factures.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS

de la Santé Publique (DGSP) qui visent. Une fois la lettre signée, elle revient au niveau de la cellule de la gratuité.

Circuit de remboursement au MSP (ressources propres)



Ainsi, de la cellule de la gratuité, le document de remboursement est envoyé à la division comptabilité et finances (DCF) de la Direction des Ressources Financières et Matérielles (DRFM) du MSP, sans passer par le secrétariat de cette direction, parce que, pour une question d'urgence, c'est le coordinateur de la cellule qui se déplace personnellement pour déposer les factures à la division comptabilité et finances où une personne est désignée pour s'occuper en priorité des factures de la gratuité des soins. C'est une inspectrice centrale du Trésor qui fait ce travail depuis avril 2008 : « *J'en fais une priorité. Des qu'une facture arrive, je laisse tout aux collègues pour m'occuper de la facture* ». En fait cet agent a été instruit par son directeur pour traiter en priorité les factures de la gratuité des soins. Pour

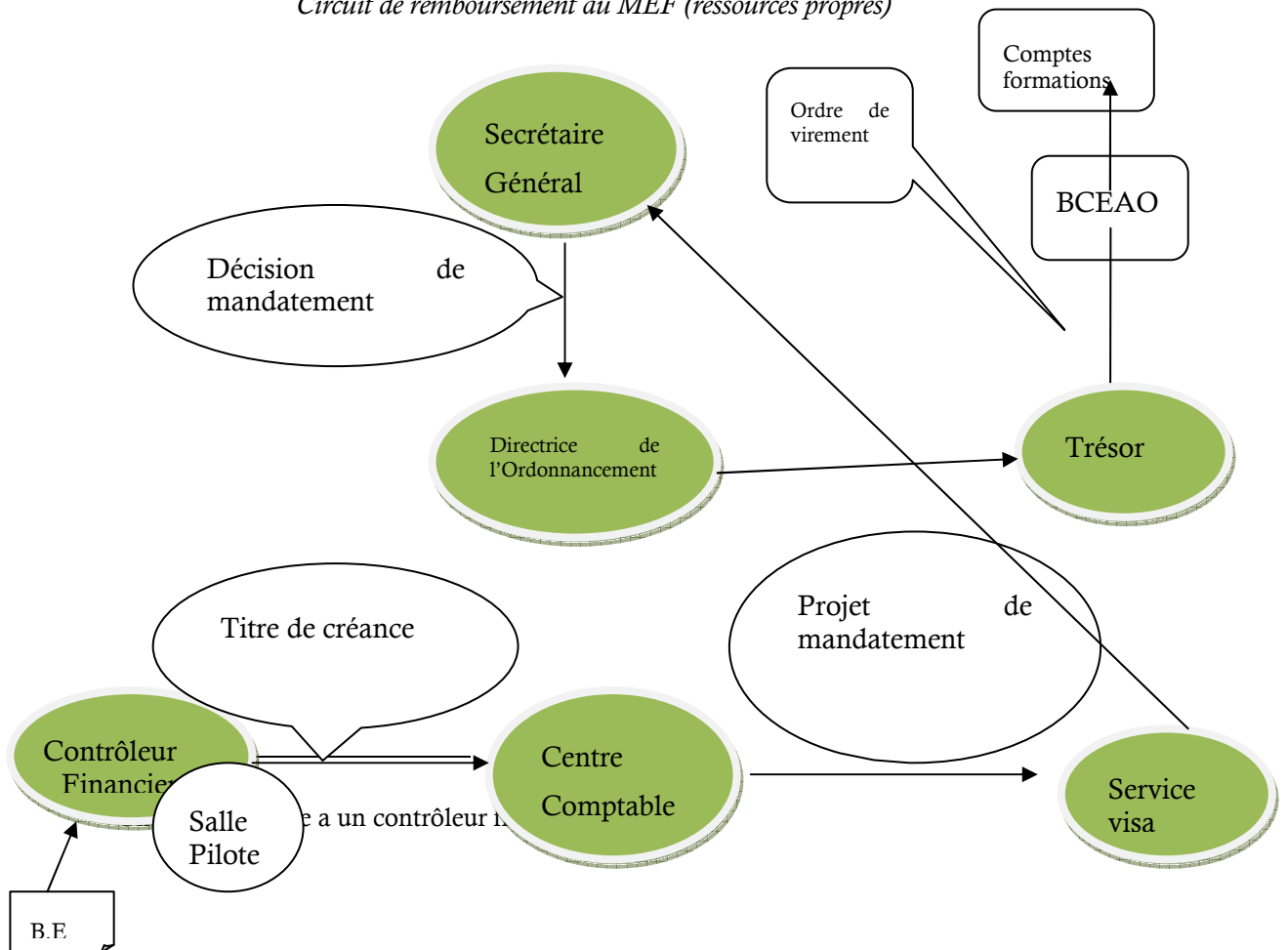
*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

elle, cela n'a posé aucun problème dans ses rapports avec ses collègues. Les factures sont directement déposées à son bureau par le coordinateur de la cellule de la gratuité. Son travail consiste à vérifier la conformité des factures, à reprendre les calculs déjà faits par la cellule de la gratuité des soins. Ensuite, elle établit un bon d'engagement qui sera signé par l'administrateur qui est le directeur des ressources financières et matérielles (DRFM) et l'ordonnateur qui est le Ministre. Ce bon d'engagement, une fois signé, revient à la DRFM et est envoyé au bureau du contrôleur financier<sup>26</sup> qui est un agent du ministère des finances détaché au MSP. Il valide le travail de l'inspecteur du Trésor et procède à la sortie des titres de créance qui sont comme des billets à ordre par lesquels l'Etat s'engage à payer une facture. Ce titre de créance permet d'avoir l'avis de règlement qui est une sorte de chèque permettant aux formations sanitaires d'encaisser l'argent au Trésor.

***Au MEF***

Ce schéma décrit le circuit des factures destinées au remboursement par les ressources propres de l'Etat, au sein du MEF. Ce circuit comprend deux étapes essentielles : la création de la dépense et son paiement.

*Circuit de remboursement au MEF (ressources propres)*



### *La création de la dépense*

C'est le processus par lequel l'Etat reconnaît l'existence d'une dette. Le processus de la création de la dépense de la gratuité des soins commence avec le contrôleur financier rattaché au MSP. Il reçoit du Directeur des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) du MSP un bon d'engagement qui est un dossier composé des pièces justificatives de la dépense de la gratuité des soins et les signatures de l'administrateur des crédits (le Ministre de la santé) et du gestionnaire des crédits (le DRFM) attestant la validité de la dépense. Le contrôleur financier vérifie l'exactitude des déclarations et l'authenticité des signatures<sup>27</sup>.

Avant 2009, le contrôleur financier envoyait les propositions d'engagement au centre comptable avec toutes les factures et leurs preuves. C'est le centre comptable qui faisait tous les contrôles et le travail nécessaire à l'établissement de la proposition d'engagement. Le centre comptable comprend trois services où les factures de la gratuité sont vérifiées et traitées.

1) *Le service d'engagement* : les propositions d'engagement sont reçues à ce niveau après avoir été enregistrés au secrétariat. Elles sont vérifiées et saisies dans la base de données du centre comptable ;

2) *Le service des émissions* : c'est à ce niveau que les titres de créances sont établis ;

3) *Le service de liquidation* : les agents de ce service reçoivent les titres de créances sur lesquels ils vérifient l'exactitude des calculs et des différentes mentions (bénéficiaires, montants).

A la sortie du centre comptable, le titre de créance devient un projet de décision de mandatement. Ce projet passe, ensuite, au service visa qui est un service avancé du Trésor chargé de vérifier les factures avant leur ordonnancement. C'est après que la facture est envoyée au niveau du Secrétaire Général du MEF pour signature. A ce moment, le projet devient une décision de mandatement qui sera signée par la Directrice de l'ordonnancement pour autoriser le paiement de celle-ci par le Trésor national.

Ainsi, c'est une grande quantité de papiers (lots de factures et pièces justificatives) qui circule entre les services du Ministère des finances et celui de la santé ; ce qui

---

<sup>27</sup> Il possède les spécimens des signatures de l'administrateur et le gestionnaire des crédits

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

peut conduire parfois à la perte de certains dossiers de remboursement. C'est le cas de certaines factures égarées à l'intérieur du Ministère des finances, en 2008, pour lesquelles le MSP a dû reconstituer les pièces de remboursement.

***La salle pilote***

À partir de 2009, le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) a mis en œuvre un test pilote pour la mise en réseau des bases des données. Le moteur de ce test pilote est « *la salle pilote* » qui est une salle informatique située dans la Direction du Contrôle Financier. Elle est dotée de 34 ordinateurs sur lesquelles les contrôleurs financiers de tous les ministères et institutions de l'État viennent saisir les données de leurs dépenses, en attendant d'étendre le réseau à tous les ministères. Le maître d'œuvre de cette mise en réseau est la SONITEL (société nigérienne de télécommunication).

« Maintenant à partir de 2009, on a instauré un nouveau système qui consiste à l'administrateur de crédits lui-même de saisir sa dépense en engagement et à son contrôleur financier de faire la liquidation. On a instauré une salle pilote où tous les administrateurs des crédits, c'est-à-dire le DAAF et les administrateurs financiers viennent saisir leurs bons dans notre base de données, compte tenu de leur imputation. Ils saisissent le bon eux-mêmes ; ils font sortir le titre et ils joignent le projet de décision de mandatement qu'ils nous soumettent ici au centre comptable. C'est eux directement qui ont la possibilité de prendre leur crédit, de gérer leurs crédits » (cadre du MEF)

Les contrôleurs financiers ont accès aux données de l'ordinateur par un code personnel. Ils entrent leurs données dans un format électronique préétabli. Une fois qu'ils ont validé le bon d'engagement sur l'ordinateur, celui-ci imprime automatique un titre de créance qui est l'acte par lequel l'État reconnaît l'existence d'une dette. Pour le cas du remboursement de la gratuité des soins, le titre de créance est renvoyé au Ministère de la Santé pour signature de l'ordonnateur qui certifie l'effectivité du service. Ensuite, le titre revient au niveau du contrôleur financier. Il signe et valide la liquidation du titre de créance auquel il joint un projet de décision de règlement sur lequel le MEF et le contrôleur financier signent. C'est à ce moment que le projet devient une décision de mandatement. Ensuite, la directrice de l'ordonnancement signe la décision de mandatement qui autorise le Trésor national à payer une dépense publique.

***Le paiement par le Trésor national***

La deuxième étape est le paiement de la dépense. Le paiement d'une facture de dépense publique commence lorsque le Ministre de l'Économie et des Finances, par délégation à la directrice de l'ordonnancement, instruit le comptable de payer. Normalement, le comité de trésorerie, constitué de toutes les directions du MEF, se réunit chaque lundi pour examiner les ordres émis la semaine précédente et procéder à leur paiement.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

En réalité, selon un agent du Trésor, la liquidité n'est pas toujours disponible. et certaines factures peuvent rester longtemps sans être payées. Notamment, les factures de la gratuité (même si elles ne subissent pas la régularisation budgétaire) ne sont pas toujours payées à temps par manque de disponibilité financière ou de l'urgence du paiement de certaines dépenses jugées prioritaires.

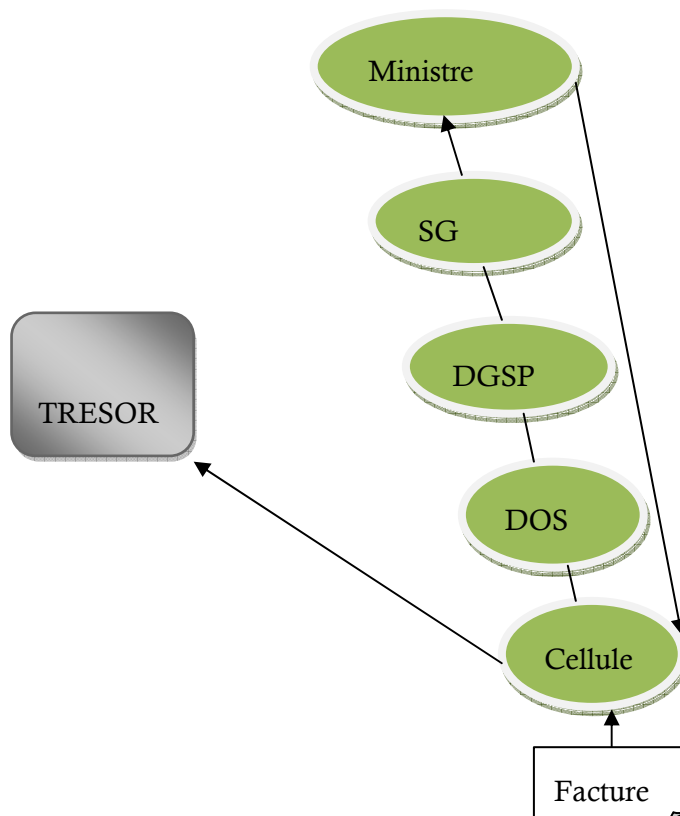
Pour rembourser les formations sanitaires, le Trésorier général donne l'ordre de faire un virement sur le compte des formations sanitaires à partir des comptes du Trésor logés au niveau de la BCEAO.

***Le remboursement selon l'aide budgétaire de la France : un circuit inversé***

***Au MSP***

Le schéma ci-dessus montre le circuit, à l'intérieur du MSP, des factures destinées au remboursement par l'aide budgétaire. De la cellule de la gratuité des soins, après avoir été signées par le ministre, les factures qui sont destinées au remboursement par les ressources de l'aide budgétaire, passent directement au Trésor, sans suivre la voie de la dépense publique décrite plus haut.

*Circuit de remboursement au MSP (aide budgétaire)*





*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

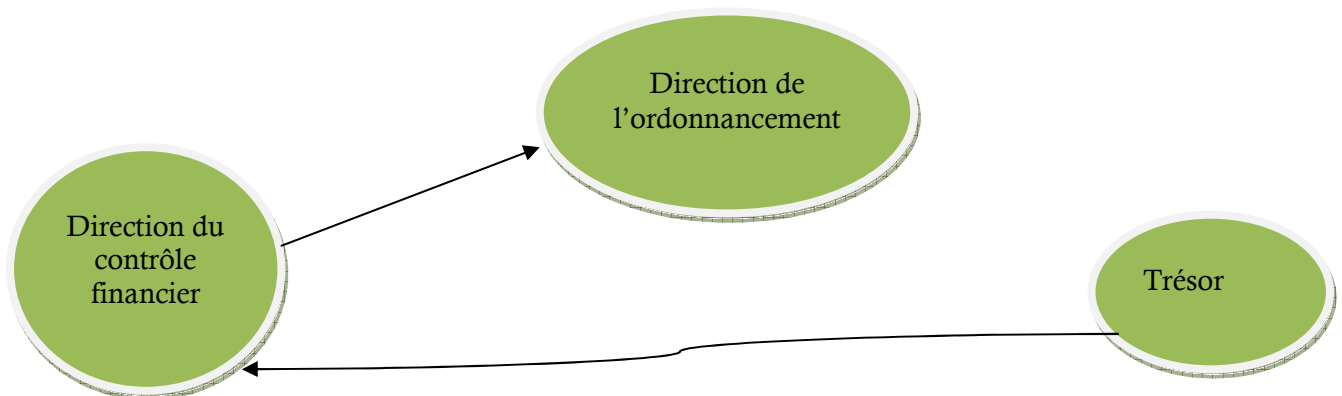
***Au MEF***

Lorsque le remboursement de la facture de la gratuité des soins est effectué par les fonds de l'aide budgétaire de la France, le circuit normal (création et paiement de la dépense) est inversé. En effet, la facture est d'abord payée, et ensuite on procède à la reconnaissance de la dépense.

« Le circuit est un peu exceptionnel quand la gratuité est payée par un financement extérieur où les factures sont directement envoyées au Trésor et c'est nous qui faisons tout le travail de vérification. Et nous payons sur le compte qui est à la BCEAO et c'est à partir de ce moment que va intervenir la couverture de la dépense du côté du ministère des finances ; c'est-à-dire que nous allons envoyer les pièces justificatives pour dire d'engager, de liquider et d'ordonnancer cette dépense pour que nous soyons couvert du montant que nous avons payé. Parce que ce sont des recettes que nous avons reçues que nous avons dépensées et qu'on ne peut pas justifier ». (Un agent du Trésor).

Le schéma ci-dessous décrit le circuit des factures, à l'intérieur du MEF, destinées au remboursement par l'aide budgétaire.

*Circuit de remboursement au MEF (aide budgétaire)*



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

« C'est un circuit exceptionnel, plus rapide mais qui présente des risques... »<sup>28</sup>

Les factures éligibles au paiement par l'aide budgétaire sont directement envoyées de la cellule de la gratuité au Trésor, sans passer par le contrôleur financier et le centre comptable. La directrice de l'ordonnancement bénéficie d'une délégation pour l'ordonnancement des dépenses ce qui l'autorise à ordonner leur paiement par le Trésor, en dehors de la procédure habituelle de la dépense publique.

Voici les propos d'un agent du Trésor :

« Moi je ne peux pas sortir de l'argent sans pièces. C'est un circuit exceptionnel, plus rapide mais qui présente des risques ; c'est le risque chez nous. Nous, on va sortir des ressources sans pièces. Or, si nous avons des inspections il faut que nous présentions des preuves pourquoi on a sorti de l'argent ».

« Les pièces fournies par le MSP ne peuvent pas constituer des pièces comptables parce qu'elles n'ont pas reçu le visa du contrôleur financier et ce n'est pas des ordres du Ministre des Finances ; or, nous ne recevons pas des ordres du Ministre de la santé. Ce ne sont pas des pièces justificatives. Ce qui fait que dans ce cas de figure on peut nous amener en prison ».

Un cadre de l'AFD nous a fourni la réponse suivante sur ce point :

« Le recours à une procédure de paiement par anticipation, est une possibilité offerte par le cadre réglementaire en vigueur au Niger. Les « risques de poursuite » ou « d'emprisonnement » évoqués par certains agents du Trésor ne seraient réels que dans l'hypothèse d'une absence de régularisation a posteriori conforme aux dispositions réglementaires. Or selon, la DGTCP, les paiements par anticipations effectués dans le cadre de la prise en charge de la gratuité des soins ont été régulièrement régularisés par l'émission d'un ordre de recette (par la DGB) constatant le recours à l'aide budgétaire et d'un titre de paiement (par la Directrice de l'ordonnancement) autorisant a posteriori la dépense. Ces régularisations s'opèrent à réception du relevé de compte spécial du Trésor hébergeant à la BCEAO l'aide budgétaire de la France. »

Jusqu'en 2008, le paiement sur le fonds de l'aide budgétaire de la France était un circuit simplifié et rapide parce que l'argent était toujours disponible quand les

---

<sup>28</sup> L'agence de l'AFD au Niger nous a fait la remarque suivante : « S'il est vrai que les factures payées sur les fonds de l'aide budgétaire de la France empruntaient jusqu'à octobre 2009 une procédure simplifiée de paiement (procédure de paiement avant ordonnancement), sans doute en raison du caractère urgent de ces dépenses, il convient de rappeler les éléments ci-après : (a) conformité de cette procédure au cadre réglementaire en vigueur : le recours à une procédure de paiement par anticipation, est une possibilité offerte par le cadre réglementaire en vigueur au Niger ; (b) les « risques de poursuite » ou « d'emprisonnement » évoqués, selon le rapport, par certains agents du Trésor ne seraient réels que dans l'hypothèse d'une absence de régularisation a posteriori conforme aux dispositions réglementaires. Or selon, la DGTCP, les paiements par anticipations effectués dans le cadre de la prise en charge de la gratuité des soins ont été régulièrement régularisés par l'émission d'un ordre de recette (par la DGB) constatant le recours à l'aide budgétaire et d'un titre de paiement (par la Directrice de l'ordonnancement) autorisant a posteriori la dépense. Ces régularisations s'opèrent à réception du relevé de compte spécial du Trésor hébergeant à la BCEAO l'aide budgétaire de la France ».

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

factures arrivaient. Mais depuis novembre 2009 les choses ont changé, et la procédure normale est désormais appliquée à toutes les factures, y compris lorsqu'elles sont payées sur les fonds de l'AFD. Une convention a été signée en mars 2009 lors de la visite du Président français au Niger et les fonds ont été disponibles en juin. L'appui de 2009 s'élevait à 1,5 millions d'euros ; il était destiné à payer des factures de 2008 et 2009. Les factures correspondant au montant ont été envoyées à l'agence pour remboursement, le 31 août 2009. Mais jusqu'en octobre 2009 aucune facture n'a été remboursée. La raison avancée par le responsable de la cellule de la gratuité est que le traitement des factures est un travail supplémentaire pour lequel l'AFD n'a pas suffisamment de personnel.

Cependant, à l'AFD on donne une autre version. Le délai moyen de 40 jours entre la date de transmission des factures à l'AFD et la date de paiement serait normal pour les raisons suivantes :

« L'AFD effectue des contrôles exhaustifs préalables au paiement des factures de gratuité (contrôle de la nature des dépenses, dates des soins, numéros de comptes des structures, signatures, états récapitulatifs, cohérence avec les ordres de virement signés par la DGCT du ministère des finances), comme elle le fait pour tout paiement, ce qui implique inévitablement un délai de traitement (vu le nombre de factures). En outre, de nombreuses factures ont été retournées pour non-conformité. » (Un cadre de l'AFD)

Fin août 2009, l'AFD a reçu des factures d'une équivalence de 1,5 millions d'euros correspondant au montant de l'aide budgétaire de la France. Le traitement des factures a été terminé le 09 octobre, jour où l'AFD a adressé à la TGN la liste des factures à payer pour un montant de 205 millions de FCFA. Le 26 octobre, le Trésor a renvoyé les ordres de virement signés et l'AFD a le même jour ordonné le virement sur le compte des formations sanitaires. Des factures d'un montant de 157 millions de FCFA ont été rejetées pour non-conformité. Depuis novembre 2009, l'AFD attend un ordre de virement du Trésor National pour le remboursement de factures d'un montant de 521 336 300 FCFA correspondant au reliquat de l'Aide budgétaire accordée pour le remboursement des factures de la gratuité des soins. Pourquoi le Trésor n'a-t-il pas ordonné le virement ?

*Du fil à retordre pour le Trésor*

En effet, la gestion de la gratuité des soins constitue un problème pour le Trésor National du fait de l'insuffisance des crédits et la lenteur de l'administration. En réalité, le Trésor n'a pas totalement utilisé les 984 millions d'aide budgétaire que la France a accordée au Niger dans le cadre du remboursement des factures de la gratuité des soins pour un certain nombre de raisons que cet agent du Trésor nous donne :

« L'appui budgétaire de la France de 2009 est de neuf cent (900) millions et quelques ; et de toutes les façons, il est vrai qu'avec neuf cent (900) millions on ne peut pas couvrir quatre milliards de gratuité. Les quatre cent millions, on les a pas encore totalement décaissés parce que tout simplement, quand vous regardez la situation du fait de retard, de la lenteur dans le traitement des factures au niveau des

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

formations sanitaires, du Ministère de la Santé Publique et du Ministère des Finances et aussi au niveau du Trésor, et en raison de la tension de trésorerie, des prestations faites en 2007 pas payées en 2007 sont venues s'ajouter à 2008. 2008 ce n'est pas fini et est venu s'ajouter à 2009. Ce qui fait qu'on a des problèmes ! Ce sont toutes ces questions qu'il faut que nous regardions, Ministère de la Santé, Ministère des Finances pour trouver des solutions. Je pense que de la même manière que nous avons décidé de manière souveraine de faire la gratuité, il faudrait aussi de manière souveraine que nous inscrivions des crédits conséquents pour supporter la gratuité des soins telle qu'elle est pratiquée parce qu'avec quatre milliards on ne peut pas ; ça dépasse quatre milliards. Si à la place de huit milliards on inscrit quatre, c'est une certaine manière de renoncer à assurer la gratuité ». (Agent du Trésor)

« Vers le mois d'octobre, sur les quatre milliards de gratuité qui était prévus, il restait pratiquement deux cent millions. J'avais dit aux gens du MSP qu'on va arrêter de payer. On a arrêté de payer parce que les crédits disponibles ne peuvent pas nous permettre de couvrir ce qu'on a payé, nous, en termes de ressources.

### ***Les niveaux de contrôle***

On peut identifier plusieurs niveaux de contrôle du dossier de remboursement à l'intérieur d'un ministère, à chaque ministère, et à l'AFD. Au passage des dossiers de remboursement dans les mailles des différents niveaux de contrôle, certains peuvent être l'objet de rejet parce qu'ils contiennent des erreurs. Les erreurs identifiées à un niveau sont répercutées sur toute la chaîne de contrôle et elles seront prises en compte par les autres niveaux. On peut distinguer plusieurs types d'erreurs :

- *les erreurs de conformité* : c'est quand les documents fournis ne répondent pas aux critères du dossier type de remboursement (cf. supra.). L'AFD rejette systématiquement toutes les factures non conformes au dossier type de remboursement. Elle exige le quota des signatures sur les dossiers (trois pour les districts sanitaires et deux pour les centres hospitaliers (Op.cit.). Ces signatures doivent figurer sur toutes les factures et même les intercalaires. , du fait du contrôle exhaustif opéré par l'AFD (nature des dépenses, dates des soins, numéros de comptes des structures, signatures, états récapitulatifs, cohérence avec les ordres de virement signés par la DGCT du ministère des finances).

Par contre, des dossiers formulés sans ce quota de signatures sont acceptés, quand il s'agit d'un remboursement sur fonds propres de l'Etat.

- *les erreurs de calculs* : ces erreurs sont récurrentes et elles sont identifiées au niveau de la cellule de la gratuité. Les factures comportant ce type d'erreurs sont retournées dans les formations sanitaires concernées pour correction.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

- *la périodicité* : certaines formations sanitaires accumulent des factures de plusieurs mois et elles établissent une seule facture pour tous ces mois, alors que la facture de la gratuité des soins est mensuelle. Ce type de document qui ne respecte pas la périodicité de la facture a été fréquent au début de la mise en place des outils de gestion de la gratuité des soins. Maintenant ce type d'erreur est rare. Aussi, sur les pièces justificatives, on peut identifier le nom du bénéficiaire, la date de son entrée et de sa sortie des services de santé. Une facture de césarienne a été rejetée parce que le contrôleur a identifié une anomalie sur la durée du séjour d'une femme césarisée (en effet, elle est entrée au CHR en janvier et en est ressortie en juillet, plus de 6 mois d'hospitalisation pour césarienne !).
- *la résidence* : c'est un problème qui se rencontre dans les régions frontalières. En effet, dans les détails sur l'identité des bénéficiaires des prestations gratuites, un contrôleur du Trésor a relevé que la résidence est Malanville. Or, cette ville est située sur le territoire du Bénin. Pour cette raison, la facture du DS a été rejetée parce que, selon cet agent, le Trésor ne prend pas en charge les soins des non résidents.

### ***Les retards dans les remboursements***

Pour l'année 2009, un crédit de 4 milliards de francs a été alloué au paiement des factures des prestations des soins gratuits au titre de la loi des finances. Il faut noter que jusqu'en août 2009 aucune facture de l'année 2009 n'avait été payée. L'argent libéré dans un premier temps (2 milliards sur les 4 prévus) a plutôt servi à payer les factures en instance de 2008 et quelques factures de 2007. C'est en octobre 2009 que les 2 milliards restants du crédit alloué à la gratuité des soins ont été libérés et ils ont servi à payer le restant des factures de 2008 et une partie de celles de 2009. Les crédits libérés ne couvrant pas la totalité des factures en instance, le coordinateur de la cellule a dû trouver une formule de répartition des fonds pour les formations sanitaires publiques. Dans un premier temps, la cellule a commencé un paiement des factures par mois jusqu'en juin, pour toutes les formations sanitaires. Ce qui a permis à certaines formations sanitaires de voir la totalité de leurs factures de cette période engagées pour paiement. Mais la cellule s'est rendue compte que cette option était impossible parce que les formations sanitaires accumulaient les factures avant de les envoyer à la cellule, selon un agent de la cellule.

« On ne peut faire des états mensuels que si les factures viennent régulièrement. Mais c'est difficile parce que les gens n'envoient pas à la même période. Nous sommes en septembre, mais à peine certains ont envoyés mars. ».

Pour certaines formations sanitaires, il ne sert à rien de se précipiter pour envoyer mensuellement des factures alors que les précédentes ne sont pas remboursées.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

Devant cette situation, pour répartir le montant libéré entre les formations sanitaires, la cellule de la gratuité a fait l'option de revenir à une formule qui pourrait permettre d'intéresser le plus grand nombre de formations sanitaires. Certaines formations sanitaires avaient en effet bénéficié du remboursement alors que d'autres n'avaient rien eu. Le coordinateur a choisi alors de rembourser seulement les factures de petits montants, mais pour toutes les structures de santé.

A la date du 11/10/09, le budget annuel accordé au paiement des factures était épuisé parce que le montant des factures engagées (c'est-à-dire mises dans le circuit pour remboursement) équivalait au montant du crédit alloué par la loi des finances 2009. Mais il restait à la cellule de la gratuité des soins, à cette même période, des factures de 2008 et 2009 en attente pour 2 159 811 475 FCFA. A ces factures en attente, il faut ajouter que l'essentiel des formations sanitaires n'avaient pas envoyé leurs factures d'août et de septembre et il fallait prévoir un milliard de factures à venir pour le dernier trimestre de l'année. Dans ces conditions ce qui reste à faire, selon le responsable de la cellule de la gratuité, c'est de décrire la situation à la ministre :

« Dans tous les cas quand j'aurai fini ce travail là, je vais écrire une lettre à la ministre pour aller lui déposer ça et en même temps l'entretenir verbalement pour lui expliquer la situation. On a transmis tel montant et avec le nombre de mois par région voila pour telle région, un tableau avec les régions et maintenant voir comment elle va parler avec eux pour que au moins ce qui est dans le circuit soit payé » .

On peut identifier quatre principales causes de retard dans le remboursement :

- *l'indisponibilité financière* : c'est la cause principale du retard parce que les factures restent longtemps stockées au MSP en attendant une libération de fonds avant d'être envoyées au Trésor où elles seront payées en fonction de la disponibilité de la liquidité. Cette cause est de loin la plus importante ;
- *l'accumulation de factures par les formations sanitaires* : au début de la gratuité des soins, certaines formations accumulaient les factures parce qu'elles avaient des difficultés à les établir correctement. Mais maintenant elles traînent avant de les envoyer parce que les responsables estiment qu'il ne sert à rien d'envoyer des factures alors que les premières sont en instance ;
- *l'inéligibilité des factures* : c'est le cas de factures de 2007 qui se sont retrouvées dans le circuit en 2009. Elles ont été retournées au MSP parce qu'elles n'étaient pas éligibles au paiement par l'aide budgétaire de la France (cf. supra) ;
- *la non-conformité* : certaines factures sont retournées aux formations sanitaires concernées parce qu'elles ne sont pas bien remplies. Elles sont ensuite corrigées par la structure et renvoyées à la cellule de la gratuité des soins le mois suivant.

#### IV. LES CONSÉQUENCES DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXEMPTION DU PAIEMENT SUR UN CSI URBAIN

Nous concluons avec quelques entretiens menés auprès des acteurs d'un CSI urbain de Niamey. Ils donnent une idée de la perception des acteurs des effets de l'exemption du paiement sur leur structure de santé. Ceci constitue un premier pas vers la suite du programme de recherche, où seront menées des enquêtes de terrain sur la mise en œuvre de l'exemption de paiement, au niveau des formations sanitaires.

##### *L'augmentation de la fréquentation*

La mise en œuvre de la gratuité des soins a augmenté le taux de fréquentation des centres de santé. Par exemple, le taux d'utilisation CPN a évolué de 37,92% en 2004 à 81,10% en 2009 (DOS, janvier 2010 ; Ridde et al, 2009). Des enquêtes quantitatives vont avoir lieu pour évaluer les effets de la mise en œuvre de la gratuite sur les formations sanitaires.

De leur côté, les acteurs interrogés parlent de cette augmentation de la fréquentation en insistant sur l'affluence des populations et sur certaines utilisations abusives de la gratuité des soins par des usagers qui exagèrent sur l'âge de leurs enfants

« Les problèmes auxquels nous sommes confrontés, c'est... vous savez quand on a commencé la gratuité, comme ce sont les enfants de 0-5 ans il y a beaucoup d'enfants de 0-5 ans qu'on amène ici. Il y a même des enfants de 7 ans qu'on nous amène ici pour qu'ils puissent bénéficier de la gratuité. Donc, on avait trop de fréquentations, on avait plus de 100%. Le dernier trimestre la fréquentation était de 150% même. On arrive à avoir plus de 80 enfants par jour, comme c'est gratuit. »

En fait, cette augmentation de la fréquentation ne concerne que les catégories cibles de la gratuité. Pour la catégorie de la population qui continue à payer, la gratuité n'a rien changé par rapport à leur fréquentation du service de santé.

« Comme il y a les catégories payantes, les adultes, ils payent un forfait de 800 francs et le carnet c'est à 100 francs. Donc, on a trop de fréquentations d'enfants comme c'est gratuit ; les adultes là, il n'y a pas beaucoup de fréquentations puisqu'il y a d'autres qui n'ont pas les moyens. Il y a d'autres qui voient qu'avec les 900 ils ne peuvent pas. Ici, la majorité des gens sont des "garma" (porteurs d'eau) ou des femmes qui viennent de la campagne et qui entrent dans les maisons pour chercher à travailler. »

Compte tenu de la fréquentation élevée des bénéficiaires de la gratuité et des retards accumulés du remboursement, les recettes issues du recouvrement direct des coûts commencent à s'essouffler sous le poids de la gratuité des soins. Du coup, la qualité du service diminue, notamment en ce qui concerne la disponibilité des médicaments, qui est le problème central soulevé par le

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

fonctionnement du dispositif actuel. Le patient paie le forfait mais il n'a plus la totalité des médicaments qu'il avait l'habitude de recevoir ; cela est aussi vrai pour le bénéficiaire de la gratuité des soins.

« Tu as vu quand on n'a pas certains produits, même les adultes on risque de les perdre. Maintenant on est confronté à un problème de produits même, puisque maintenant quand un adulte vient ils paient les 900 francs, quelqu'un qui a l'habitude de venir on lui donne tout, tout ; quand ils viennent maintenant on lui donne d'autres produits et on lui dit d'aller payer pour les produits qu'on n'a pas. Maintenant même si on n'arrive pas à avoir le remboursement ; qu'on nous appuie en produits ; ça va nous soulager. » (Major du CSI)

### ***Le financement forcé par les caisses des comités de santé***

Les cadres du Ministère de la santé sont arrivés à mettre en place un système de gratuité qui s'articule théoriquement bien avec la politique du recouvrement des coûts en choisissant le principe du tiers payant. Mais, en quatre ans de mise en œuvre, les défaillances du dispositif du fonctionnement fragilisent le système. En effet, c'est le paiement direct par l'utilisateur qui a, de fait, préfinancé la gratuité des soins, non pas sur un ou deux mois mais sur des périodes longues, de telle sorte que tout le système de santé risque de s'écrouler. Les comités de gestion des centres de santé (COGES et COSAN) ont dépensé toutes leurs réserves accumulées afin d'acheter des médicaments faute de remboursement par l'État, et n'arrivent plus à assurer l'entretien des infrastructures sanitaires et le renouvellement du stock de médicaments.

« Parce que, grâce au financement de la participation communautaire, l'argent du recouvrement des coûts permettait de financer les services de santé, le réapprovisionnement, le versement des primes, l'entretien des bâtiments, le paiement du personnel contractuel. En fait, c'est le recouvrement des coûts qui préfinance la gratuité. Au lieu de financer le fonctionnement du service, il préfinance la gratuité ». (Un économiste de la santé)

Les centres de santé intégrés de la ligne de front semblent être les plus touchés.

« En tant que financier, on doit savoir que pour faire une facturation à 90 jours, il faut avoir les reins autrement solides qu'un poste de santé du côté de N'Guigni. » (Un économiste de la santé)

Ces achats de médicaments par les COGES n'auraient du être que des avances de trésorerie, remboursables lorsque les factures de la gratuité auraient été payées par l'État aux formations sanitaires. Mais il semble probable que, dans la situation actuelle, les COGES ne seront jamais remboursés. Certains pensent d'ailleurs que cela a été une stratégie délibérée du MSP d'assécher les trésoreries des COGES, considérées comme trop importantes (autrement dit, les COGES auraient trop fait de bénéfices sur le recouvrement des soins, et il était légitime que ces sommes qui dormaient en banque soient utilisées pour financer la gratuité).



### ***Un cas de CSI de la périphérie de Niamey***

Cet exemple n'est certes pas représentatif de toutes les situations rencontrées au Niger, c'est simplement le premier CSI où l'enquête a été menée, et il est sûr que dans d'autres CSI la situation est bien meilleure. Mais nous présentons ici ce cas afin d'illustrer les problèmes bien réels qui peuvent se poser « à la base ».

Les membres du COGES de ce CSI urbain de Niamey expriment l'épuisement de leur caisse.

#### ***« La gratuité a vidé notre caisse » (le trésorier du COGES)***

« Avant on avait une somme consistante, mais maintenant on gère la maigreur à cause du non remboursement ». (Le percepteur du CSI).

Q : Vous pouvez me faire une estimation ?

R : Au début, on nous a fait un apport initial de 2 300 000 ou 2 400 000 en produits. En fait, on nous a dotés d'une quantité de produits et de matériel d'environ 2 400 000. C'est avec ça que nous avons démarré le 3 juin 2002.

Q : C'est à cette période que le CSI a été ouvert ?

R : non. Le CSI est ouvert depuis 98. Mais il a été transformé en CSI sous recouvrement des coûts le 3 juin 2002.

Q : Vous avez dit que vous avez reçu une dotation d'environ 2 400 000 de produits et matériel ?

R : Oui. On a roulé avec la dotation de 2 400 000 là jusqu'en août 2007 date à laquelle la gratuité a commencé ici. En août 2007, on avait environ quelque chose de 12 millions. Et chaque fois on a régulièrement en stock des produits d'environ 1 million. Bon, en août 2007 on a mis le système de la gratuité sur pied. Si on fait mensuellement les prestations, on doit envoyer les factures et l'Etat nous rembourse. Normalement, c'est comme ça que ça se passe. Mais, compte tenu que l'Etat ne peut plus faire face à ces choses-là, maintenant on a subi le non remboursement jusqu'à cette date où maintenant on a moins de 500 000 dans le compte en banque.

Q : Avant vous avez autour de 1 million francs CFA de produits en stock et maintenant qu'en est-il ?

R : Maintenant on n'a pas plus de 200 000 francs de produits. Quand on a fait l'inventaire passé, l'ensemble, tout compris, ce n'est pas plus de 700 000 francs, y compris produits, carnets... même les morceaux de balai on a compté, ça ne dépasse pas 700 000. Mais actuellement je sais que les produits ne dépassent pas 200 000. Les 700 000 c'est en fin d'année quand on a inventorié. Maintenant il n'y a rien.

Q : Avant la gratuité, vous aviez des entrées mensuelles de combien ?

R : Tous les mois, à part le début du système comme les gens n'étaient pas sensibilisés on ne gagnait pas beaucoup. Mais après quelques trois, quatre mois là,

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

pas moins de 500 000 par mois. On a même l'habitude d'avoir deux millions pendant les périodes de palu. En 2005, on a eu jusqu'à 2 600 000 et quelques pour le mois de septembre seulement. Et après les autres mois 1 400 000, 1 500 000. »  
(Le percepteur)

En effet, c'est le *non remboursement*<sup>29</sup> des factures qui constitue le principal problème pour le CSI. Ce dernier a des factures impayées d'une valeur de 21 500 000 FCFA. Malgré tout, ce CSI continue à assurer la prise en charge de la gratuité des soins qui lui revient à plus d'un million de francs par mois, sur les fonds des recettes du paiement direct. Dans ces conditions, l'objectif de la gestion communautaire (qui est d'assurer la pérennité du système en permettant la disponibilité des produits, chaque fois qu'un membre de la communauté vient se soigner au centre de santé) n'est plus correctement assuré. Selon le trésorier du COGES, le CSI fournit des soins au rabais parce que la plupart des médicaments manquent, avec le risque que les catégories payantes insatisfaites désertent le centre de santé pour les centres de soins privés et l'automédication.

Le tableau ci-dessous nous donne, par mois pris au hasard, les recettes du CSI avant et pendant la mise en œuvre de l'exemption du paiement. Il montre également le poids de la gratuité des soins, soit environ le triple du total des recettes par mois.

*Les recettes de quelques mois réalisées par le CSI, avant et pendant la gratuité*

	Paiement direct par l'utilisateur	Prestations fournies dans le cadre de la gratuité.	Total
Sept/2005	2 585 000		2 585 000
Oct. /2006	1 343 000		1 343 000
Juin/2007	684 800		684 800
Juil. /2007	618 380		618 380
Aout/2007( <b>début de la gratuité</b> )	480 700	1 547 450	2 028 150
Oct. /2007	383 200	1 066 400	1 449 600
Nov. /2007	208 850	1 158 200	1 367 050

---

<sup>29</sup> Les personnes interrogées parlent de non remboursement au lieu de retard du remboursement

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

Mars/2009	379 100	1 049 900	1 429 000
Sept /2009	1 145 300	1 618 100	2 763 400

***La faillite des comités de santé ?***

Le rôle des COGES est d'assurer l'achat des médicaments, les salaires du trésorier et du percepteur et les petits travaux d'entretien. Cette tâche devient de plus en plus difficile à assurer par les COGES à cause du retard de remboursement.

- *L'achat des médicaments* : pour renouveler le stock de médicaments, le CSI ont deux possibilités : attendre qu'il y ait une entrée de liquidité issue du paiement direct ou bien prendre à crédit auprès des centrales pharmaceutiques.

« Q : Maintenant comment vous faites sans le remboursement ?

R : Donc, il n'y a pas beaucoup de rendement. Les factures pour les adultes il n'y a pas beaucoup. Maintenant, il n'y a pas de remboursement et il y a certains CSI qui prennent des crédits chez les pharmaciens. Mais nous ce que nous faisons, on attend les adultes payants, quand ils paient, on a 200.000, 300.000 parfois on attend une semaine ou deux semaines (parce qu'il n'y a pas beaucoup d'adultes, on a beaucoup de factures pour enfants) avec les factures de la catégorie payante, on part payer. Avant on avait des grosses commandes : un million, deux millions et plus même ; mais maintenant vraiment on ne fait pas ces commandes là. Il y a des produits qu'on n'en a même pas maintenant parce que vraiment on ne peut pas les payer. Le problème qu'on rencontre sur la gratuité maintenant c'est ça.

Q : Vous dites qu'avant vous faisiez des grosses commandes, ce sont des commandes mensuelles ?

R : A n'importe quel moment. On fait la commande mensuelle, mais quand on voit qu'un produit est presque fini, même au cours du mois on augmente. Maintenant on n'a même pas d'argent pour faire les commandes.

Q : Comment vous faites pour assurer les soins ?

R : Maintenant, là on fait une petite commande parce qu'on sait le nombre d'adultes qui vont entrer dans le mois et on sait ce que les adultes là peuvent apporter par mois et on fait une commande proportionnelle à ça. Si on sait qu'on peut gagner, à peu près 200 000 francs, on fait une petite commande équivalente à 200 000 francs. Et c'est après, à la fin du mois, ce qu'on a pu encaisser on le rembourse à la centrale d'approvisionnement.

Q : Vous prenez les produits à crédits et après vous remboursez à l'ONPPC ?

R : On commande partout. ONPPC, Dahi Co, chez les Chinois, n'importe où. On travaille et on rembourse. Au prochain mois on est obligé encore de prendre crédit pour travailler. [Sourire] c'est trop grave. Puis, on ne peut même pas commander la moitié du nécessaire ; ce qui est nécessaire pour le bon traitement des enfants là. On n'a pas ça ; on leur donne juste un petit morceau de truc. Le traitement est nul

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

maintenant et tout le monde le sait, c'est nul ! Mais on ne peut pas le dire et on ne sait comment faire pour dire ça aux autorités. Vraiment ça ne va pas. En tout cas, dans les CSI, ça ne va pas.» (Le percepteur).

**Malgré les crédits, il y a des molécules que le CSI ne peut pas acheter, surtout sous forme de sirop, qui sont plus chères et utilisées pour le traitement des enfants.**

« Q : Mais comment vous soignez les patients ?

R : Vous savez avant, par exemple pour les enfants on commandait amoxi sirop, amoxi 250, cotrim sirop, metromidazole, tous les sirops pour les enfants. Maintenant on ne commande plus de sirop pour les enfants parce que c'est un peu cher. On paie beaucoup de cotri, on paie du paracétamol ; on paie seulement des produits qui sont à notre portée pour qu'on n'ait pas rupture au niveau du CSI. Quand on nous amène un enfant, le cotri on donne un demi ou un quart fois deux ; ça dépend du poids de l'enfant et du para. On paie également quelques produits ophtalmologiques. On paie vraiment des produits à notre portée. C'est comme ça qu'on fait pour traiter. Même maintenant il y a la gratuité, mais il n'y a pas de produit comme avant. Avant on avait beaucoup de produits. Les femmes qui venaient ici disaient qu'il y avait beaucoup de sirop et dès que le patient vient on lui donne. Mais maintenant on ne peut pas faire tout le traitement. Parfois on donne en comprimé. Maintenant on paie seulement de l'amoxi sirop pour les enfants de 0 à 2 mois et puis ça là même on n'arrive pas à donner à tous les enfants, quand c'est fini on dit qu'il n'y a pas de sirop et on donne ce qu'il y a à notre portée. Le problème de la gratuité qu'on rencontre c'est le manque de remboursement puisque pour cette année là on a plus de 20 millions d'impayés. Si on avait payé ces factures là, ça va bien marcher. » (Major du CSI).

- **Les travaux d'entretien : le COGES n'arrive plus à assurer les petits travaux d'entretien. De ce fait, c'est le bien-être des usagers et du personnel de santé qui est menacé quand les locaux ne sont pas nettoyés et les fosses septiques débordent.**

« Avant c'est le COSAN qui prenait en charge même les produits d'entretien. Quand il y a une chaise qui est cassée, une table... maintenant quand vous allez sortir vous aller voir derrière il y a une table d'accouchement qui est cassée et on a demandé au COSAN ils ont dit non, eux ils cherchent de quoi payer les produits. Donc, maintenant pour les entretiens là il n'y a rien. Maintenant quand vous aller sortir encore, devant les WC là vous allez voir un tuyau où les selles sont en train de sortir. Avant tout ça là c'est le COSAN qui le prend en charge. On demande l'autorisation au niveau du district et le COSAN cherche le plombier ou le réparateur, il fait la facture et on lui donne le chèque. Mais maintenant le COSAN ne veut même pas qu'on lui parle de réparation. Maintenant même Omo [savon en poudre] pour 25 francs quand tu demandes au COSAN, ils disent non, eux ils cherchent de quoi payer les produits. Avant, même la peinture c'est le COSAN qui faisait ça et tout problème qu'il y avait je voyais le président et on cherchait le réparateur. Avant, le COSAN nous aidait beaucoup pour le bon déroulement des activités du CSI. En tout cas, avant la gratuité, le traitement était meilleur, le recouvrement des couts aussi. Tout était meilleur. Avant on subvenait très bien aux besoins du CSI que ce soit entretien, les petites réparations, produit d'entretien,

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

savon, tout ce qu'il faut pour garantir la bonne marche du système, vraiment on avait ça avant la gratuité.

Q : Si je comprends bien, vous avez, en plus de l'achat des produits, un fonds pour les entretiens des lieux ?

R : Voilà ! Pour l'entretien, que ça soit pour l'entretien, l'électricité qui est dégradée, la pompe, les douches. On s'occupait de tout avant.

Q : vous aviez des sous pour tout ça là ?

R : Oui ! Oui ! Plus d'argent avant la gratuité. » (le percepteur).

**«La gratuité a non seulement augmenté les tarifs des prestations mais également elle a ruiné les caisses des formations sanitaires... »<sup>30</sup>**

« On a eu une formation de 7 jours au district en 2007. On nous a montré comment remplir les reçus de la gratuité. On a changé le système forfaitaire : avant quand un malade se présente ici, s'il est adulte, il paie un forfait de 400 F et les enfants un forfait de 250 F et on nous a dit que ce n'est plus ça. Pour les adultes : est considéré comme adulte toute personne dont l'âge est supérieur à 5 ans et il paie un forfait de 800 F qui lui donne accès à la consultation et au traitement de 3 jours minimum. Pour les enfants de moins de 5 ans, on nous a montré qu'ils vont payer un forfait de 500 F mais ce n'est pas eux qui vont donner ces 500 directement, c'est à l'Etat de nous rembourser ça.

Q : Vous pouvez me dire l'âge des adultes et celui des enfants et les forfaits qu'ils payaient avant la gratuité ?

R : Sont considérés comme enfants les moins de 15 ans et ils payaient 250 F dont 150 F pour carnet et 100 F de forfait pour le traitement. Pour les adultes de plus de 15 ans c'était 150 F pour le carnet et 250 F pour le traitement ; ce qui fait 400 F. A partir de aout 2007, on a dit pour les enfants de 0 à 5 ans, forfait 500 et carnet 100 ; ce qui fait 600 qui est gratuit et facturé pour l'Etat. Pour les adultes de plus de 5 ans, forfait 800 et carnet à 100, ce qui fait 900 qu'il faut payer cash. Ce qui est pire, il n'y a pas de produit à servir aux malades et on dit de ne pas leur délivrer des ordonnances. De telle sorte que les gens sont frustrés et ils vont dans des petits centres privés, informels qui se sont implantés un peu partout. Tout le monde va là-bas. S'ils n'ont pas le produit ils te donnent l'ordonnance et tu vas aller chercher ça. Ici, on ne peut pas te donner le produit et on ne peut pas te donner d'ordonnance. » (Le percepteur du CSI.)

***La valorisation des dons***

Une lettre du MSP<sup>31</sup> invitait toutes les formations sanitaires à répertorier tous les dons reçus de janvier 2009 à janvier 2010 et d'en estimer la valeur, afin de

---

<sup>30</sup> Propos du percepteur du CSI

<sup>31</sup> N° 00270/MSP/DGSP/DOS/Cel/GS du 20 janvier 2010

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

procéder à leur déduction des montants à rembourser. Pour les pro recouvrement des coûts (RC), cela est une violation des textes<sup>32</sup> du RC qui prévoient que les caisses sont alimentées par :

- les recettes provenant des prestations ;
- les cotisations faites par les populations ;
- les subventions en médicaments ;
- les dons et legs.

Le personnel du CSI ne comprend pas pour quoi on leur demande de donner la valeur monétaire des dons alors qu'ils ne sont pas vendus aux patients. Le patient paie un forfait, c'est seulement l'acte qui est facturé.

Q : L'UNICEF vous appuie en produits ?

R : Bon l'UNICEF appuie surtout les femmes enceintes en fer, sulfadoxine et il y a des périodes où on nous amène même des moustiquaires pour les femmes enceintes. Mais il y a aussi des coartem du DS qu'on nous donne, mais je ne sais pas si c'est l'UNICEF ! Mais ça fait un bout de temps qu'on est en rupture ; on a plus de coartem. Elle nous appuie également en quinimax injectable, en SRO et quelques produits zinc pour la diarrhée, c'est un réhydratant.

Q : Vous avez ces produits de don dans la pharmacie ?

R : Oui, il y en a.

Q : Est ce qu'ils sont facturés ?

R : Non. Pour les femmes enceintes, le fer on ne fait pas la facture, c'est gratuit. Donc, quand la femme vient pour la CPN on lui donne son sulfadoxine et son fer. Ce n'est pas facturé mais le carnet est facturé, le carnet de la consultation et la fiche sont facturés. Mais ce sont les produits que le COSAN paie qui sont facturés. Par exemple, la femme après la consultation si elle est malade, si on doit la traiter, elle vient chercher ici un forfait de 900 francs, après avoir reçu sulfadoxine et fer, elle vient payer. Mais si c'est un enfant on fait la facture seulement et on lui donne les produits.

Mais les forfaits là qu'on prend, par exemple une femme enceinte malade elle paie le carnet 100 francs et un forfait de 800 francs ; donc parfois on lui donne amoxi 20 gélules, on lui donne métró, on lui donne un anti palu ; avec 900 francs on lui donne parfois des produits de 2.000 francs ; c'est-à-dire c'est un forfait qu'on prend. Mais pour les enfants c'est dans la facture de 500 francs qu'on fait la sortie de tous les produits aux enfants. Mais quand même avec tout ça, nous on n'a pas de perte si on payait régulièrement on pourrait chaque fois payer comme il y a beaucoup de fréquentations. Par exemple, quand on dit que l'enfant a une conjonctivite, on lui donne la pommade ophtalmique et on fait la facture à 500 francs ; donc, on a gagné

---

<sup>32</sup> Arrêté n°24/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999, portant création d'une caisse autonome de recouvrement des coûts des soins de santé primaires au niveau centre de santé intégré et arrêté n°26/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999, portant création d'une caisse autonome de recouvrement des coûts des soins de santé primaires au niveau district sanitaire.

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

quelque chose. Mais par contre on peut amener un enfant avec pneumonie, palu et autre, même si il n'y a pas de gain ça peut compléter avec celui qui a la conjonctivite. Chaque fois ça tourne et on gagne quelque chose et donc, on pourrait chaque fois payer les produits. Et puis quand une femme vient accoucher elle donne mille francs pour frais de lit et les mille francs qu'elle donne c'est dans ça qu'on donne les gants là qu'on utilise et on met vitamine K1 pour l'enfant et tout ce qu'il faut on lui fait. Tout compte fait, quand il y a remboursement ça peut aller. On pourra payer quelque chose. Maintenant comme on n'a pas de produit même le peu d'adultes là risquent de se retirer. Tu sais tout le monde connaît para, cotri et ils risquent d'aller chercher chez le tablier. Donc, tu viens on va te donner para, cotri et tu donnes 900 alors que le para coute 50 francs. (Major du CSI)

En réalité, les dons que les formations sanitaires reçoivent sont constitués de matériels et de médicaments. Généralement, les dons en matériels que les CSI reçoivent sont très chers et ils ne pourraient pas se les offrir même en temps normal. Déduire la valeur de ces matériels conduirait inévitablement à la ruine des COGES.

« Q : A cette allure pensez vous que la gratuité va continuer ?

R : Wallahi ! moi, dey, je ne sais pas ! Puisqu'avant-hier on nous a envoyé un papier du district pour dire que tout ce que l'UNICEF a donné comme dons, et les autres partenaires, de faire la facture. C'est à partir de la facture qu'on va déduire, je crois, notre facture là pour amputer dedans. Moi je crois qu'à cette allure là, je ne sais. Puisque l'UNICEF en 2009 là, ils nous ont donné des kits et même des tables d'accouchement. Il y a eu beaucoup de choses pour les accouchements, on a eu des stérilisateurs, des boîtes d'accouchements... ce que l'UNICEF donne là quand on dit de valoriser ça, est-ce que même le lit d'accouchement ne fait pas 10 millions-quand on dit de faire la déduction de tout ce qu'on a donné comme don, je ne crois pas s'il peut nous rester grand-chose dans le remboursement. Je me suis dit est-ce que la gratuité va continuer si on valorise ça, puisque ce ne sont pas des produits. C'est vrai qu'on a eu des produits mais on a eu aussi beaucoup d'appareils. » (La Major du CSI)

« Q : Maintenant on a dit de valoriser les dons de l'UNICEF ?

R : Bon. Ils ont dit qu'ils vont soutirer les dons. Ce sont des dons qui coutent extrêmement très cher. C'est-à-dire c'est pour ruiner... pour ne pas payer. Par exemple, nous, nous avons des factures de 20 millions avec l'Etat. Et maintenant, s'ils vont déduire les dons-là, ils vont tout supprimer et on n'aura rien de ces 20 millions là. C'est ça qu'ils veulent, nous on a tout compris.

Q : Comment on peut améliorer la gratuité ?

R : Est ce qu'on peut améliorer ça. La seule amélioration est si on nous fait le remboursement là. Comme il n'y a pas remboursement, et comme il y a les malades, c'est la population elle-même qui s'en prend aux traitants. Elle dit : on vous envoie les produits vous ne voulez pas nous servir. Ils disent l'Etat donne les produits et l'Etat dit de donner et les infirmiers refusent et chaque fois ils disent qu'il n'y a pas de produits. Ça c'est le quotidien, c'est tous les jours. Les gens ne savent pas qu'il n'y a pas de remboursement. Ils voient à la télé tazartché !, tazartché ! [Continuité !]

» (Le percepteur du CSI)

## V. CONCLUSION

Ce rapport n'est que partiel et provisoire, dans la mesure où nous n'avons pas à ce jour pu accéder à certaines informations. D'autre part, hormis le cas présenté à la fin, il ne porte pas sur les enquêtes en cours menées dans les formations sanitaires.

La gratuité des soins permet de voir comment les politiques publiques de santé dans les pays en développement sont construites. Les politiques de santé dans les pays en développement sont « largement tributaires du contexte global d'une période, en particulier du contexte idéologique des représentations dominantes » (Hours, 1992 :123). En effet, la gratuité des soins a été décidée au Niger dans un contexte international favorable à son émergence, parce que la plupart des agences internationales de développement se sont positionnées en faveur de cette politique, sans toutefois que les moyens pour la mettre en œuvre fassent l'objet d'une stratégie commune. Le plus souvent, les décisions des politiques publiques de santé de nos pays se font dans des contextes difficiles (crise alimentaire, taux élevés de mortalité maternelle et infantile) et généralement sous la pression d'acteurs extérieurs ou partenaires techniques et financiers incontournables (Fournier et al. 2001). Selon certains, la gratuité des soins aurait ainsi été une mesure imposée comme un préalable aux négociations de l'aide budgétaire de la Banque Mondiale.

De ce fait, il est intéressant de souligner quelques éléments importants :

- *l'irréalisme des politiques publiques de santé.* L'Etat du Niger a pris la décision de rendre gratuites les prestations des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes en âge de procréer et de les rembourser mensuellement. Mais le fossé est très grand entre le montant du crédit alloué au remboursement (4 milliards pour 2008) et celui des factures reçues à la cellule de la gratuite des soins (8 milliards en 2008). Cette insuffisance des crédits se traduit par le retard dans le remboursement et qui a pour conséquence la rupture de médicaments dans les formations sanitaires.
- *l'incohérence des politiques publiques de santé.* Il faut noter que le MSP fait du remboursement des factures une priorité. Le dispositif (dépôt direct des factures à la cellule, promptitude de la signature systématique des documents du remboursement) mis en place, même s'il n'obéit pas toujours aux exigences de l'administration formelle (archivage des documents), est un signe palpable de l'importance accordée à la gratuité des soins par les responsables du MSP. Mais tout cela ne peut être cohérent que dans la mesure où les disponibilités financières existent. Non seulement les fonds débloqués par l'Etat sont insuffisants, mais de plus les liquidités pour le paiement des factures dépendent d'un autre ministère, celui des finances, pour qui la gratuité des soins n'est qu'une dépense



*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

publique parmi d'autres, et n'a rien d'une priorité absolue. Par ailleurs, reléguée au bas de l'échelle dans la hiérarchie du MSP, la cellule de la gratuité chargée du suivi de cette importante politique de santé végète dans le dénuement, en termes de moyens de travail.

- *les modes de gouvernance* (Olivier de Sardan, 2008) dans nos administrations : la décision de la gratuité a été prise dans des conditions particulières (décision impréparée et inattendue), mais néanmoins les acteurs ont pu mettre en place un système compatible avec le recouvrement des coûts, malgré leurs positions divergentes. Il est intéressant de chercher à comprendre les modes de gouvernance réels des acteurs qui ont permis de créer les conditions d'articulation de deux modes de soin, au départ opposés (paiement direct et gratuité des services de santé). Car les échecs des politiques publiques dans nos pays ne tiennent pas toujours aux écarts entre normes officielles et pratiques réelles, ils peuvent provenir surtout des contraintes budgétaires.
- *l'usage politique (ou privé) des politiques publiques de santé*. La gratuité des soins semble être un sujet sensible, en particulier quand on touche à ses aspects négatifs, même si c'est dans le cadre d'une recherche scientifique.
- en plus de la perception par les acteurs, il est important d'analyser *la qualité des services de soins* qui est une donnée complexe mettant en œuvre en même temps des éléments matériels (disponibilités des médicaments et du service) et des pratiques sociales (accueil, racket, etc.) afin de chercher à comprendre si cette mesure d'exemption du paiement permet un accès des plus pauvres à des services de santé de qualité suffisante.

## BIBLIOGRAPHIE

- Afrique de l'Ouest : appuyer la gratuité des soins pour tous : [http://www.sangonet.com/ActuDo/Asante/af-ouest\\_soinsprtous.html](http://www.sangonet.com/ActuDo/Asante/af-ouest_soinsprtous.html) Consulté le 03/03/10.
- Cafferini L. et Pierrel H. 2009, Pratique de l'aide sectorielle. *Enseignements et perspectives pour l'AFD. Etude de cas Niger. L'expérience des secteurs de la santé et de l'éducation*. Série d'évaluation et capitalisation N°27, Paris : Agence Française de Développement.
- Cholet E., Morel M., Rogé H. et Stadnichuk E., 2008 *L'accès aux soins dans les pays les plus pauvres. Analyse politique comparée de la mise en place de la gratuité en Haïti, Ouganda,*

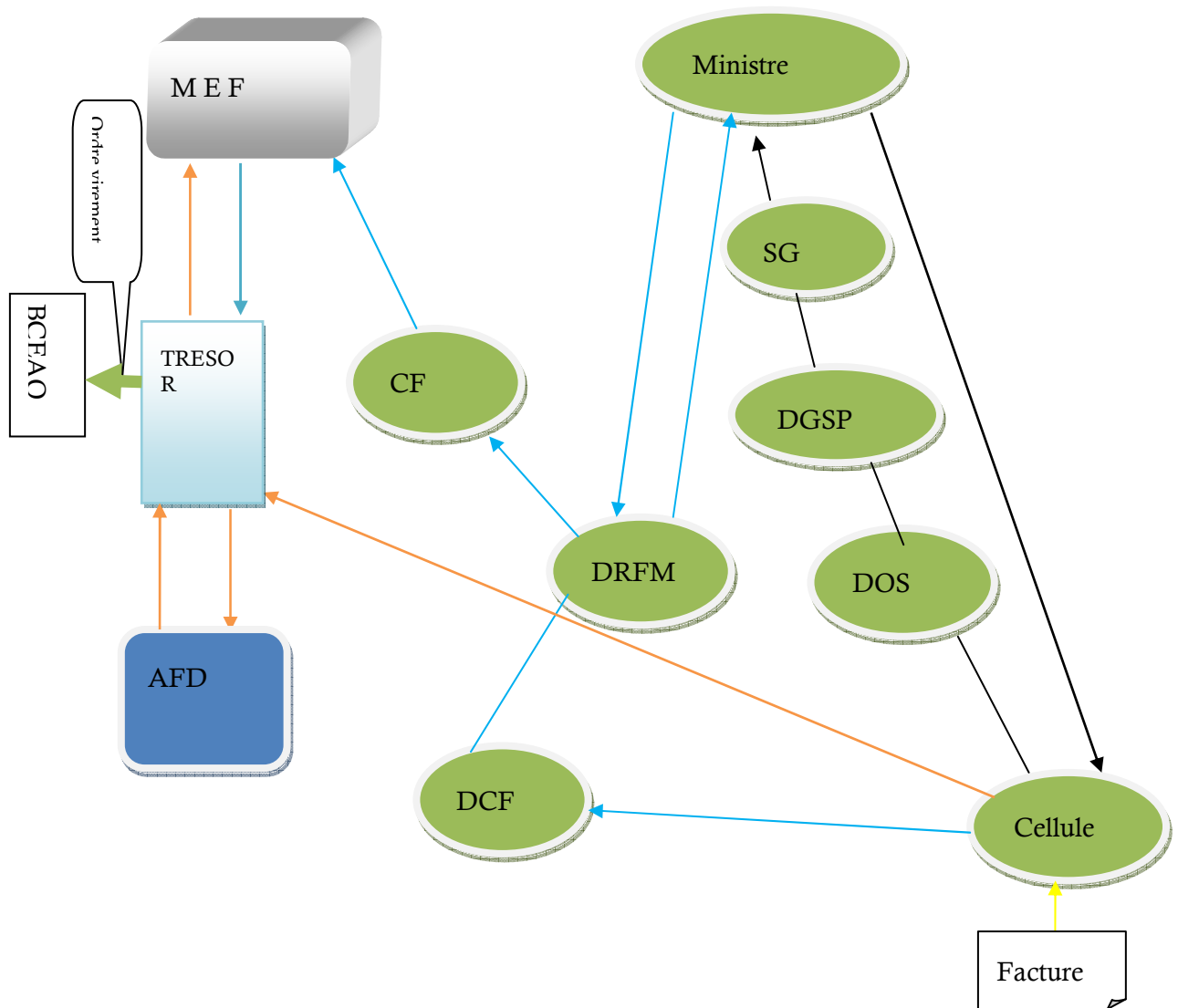
*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

- Zambie, au Niger et à Madagascar*. Paris : Atelier International Sciences-Po/ Médecins du Monde.
- Fourrier P., Haddad S. et Mantoura P. 2001 *Reformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique*, Les nouveaux cahiers de l'Institut Universitaire d'études du développement. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hours B., 1992 *La santé publique entre soins de santé primaires et management*. Cahiers des sciences humaines. 28 (1) : 123-140.
- Institut National de la Statistique (INS) et Ministère de l'Economie et des Finance( MEF) 2007 *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples*, février 2006.
- James C., Morris S., Keith R., Taylor A. 2005 *Impact on child mortality of removing user fees simulation model*. British Medical Journal. 331: 747-749.
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. 2009, *Sociologie de l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- MDM-France 2008, *L'accès gratuit aux soins de santé primaire : une stratégie payante. Appel au G8*. Paris : Médecins du Monde- France.
- Olivier de Sardan J-P. 2008 *A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique*. Working paper version 2.
- Olivier de Sardan J-P., 1995, *Anthropologie et développement : essai en socio anthropologie du changement social*. Paris : Karthala.
- Olivier de Sardan J-P., Diarra A. et Moumouni A. 2006 *La prise en charge des PVIH et l'observance des ARV à Niamey (approche socio anthropologique)*. Coll. Etudes et Travaux n°45, Lasdel.
- Ridde V., Diarra A. et Mahaman M., 2007 *Rapport d'évaluation. Programme de gratuité de l'accès aux services de santé. départements de Mayahi et de Téra*, Médecins du Monde.
- Ridde V., Diarra A., Heinmüller R. et Mahaman M., 2009 *Evaluation du projet de Médecins du Monde- France. Analyse de la mise en œuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct. Districts de Keita et Abalak-Niger*, Médecins de Monde.
- Ridde, V. et Blanchet, K. 2008 *Vers la gratuité des soins en Afrique ?*, Humanitaire [En ligne], 19 | Été 2008, mis en ligne le 14 octobre 2009, Consulté le 05 avril 2010. URL : <http://humanitaire.revues.org/index480.html>.
- Van Lerberghe, W. et de Brouwere V. 2000. L'Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. *Afrique Contemporaine*, numéro spécial: 175-90.

UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS

ANNEXE

Schéma 1: Récapitulatif des circuits de remboursement



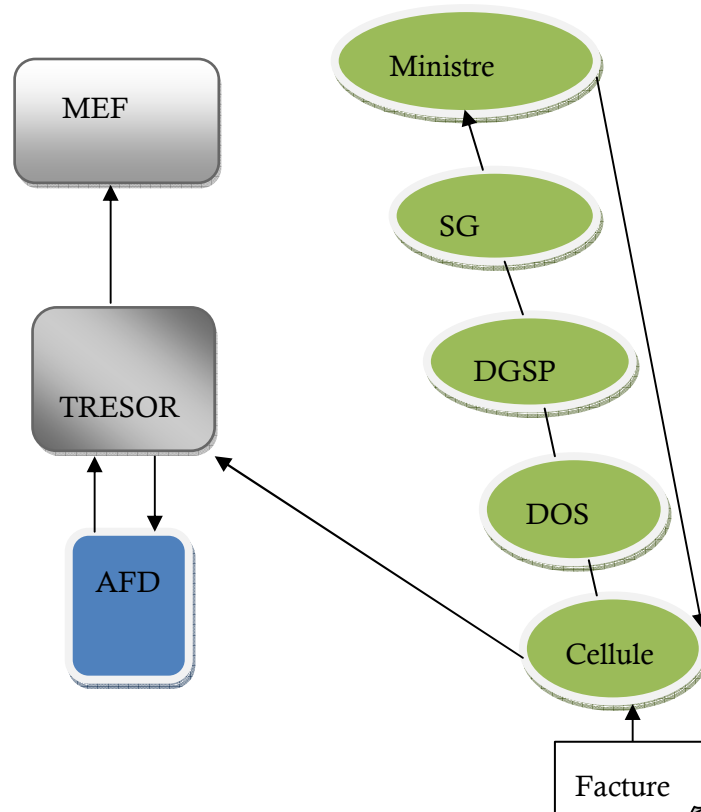
**Légende**

Flèches bleues et flèches rouges : circuit du remboursement selon les ressources de l'Etat

Flèches rouges et flèches noires : circuit du remboursement, selon l'Aide Budgétaire de la France sur fonds de l'AFD

*UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIGER :  
LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT DE SOINS*

*Schéma 2: Récapitulatif du circuit du remboursement par l'ABG*



*Demande budgétaire du MSP pour le financement de la gratuité en 2009*

	Réf.LF	Aide budgétaire	Etat	Total
Paiements gratuits	643/95	2 090 000 000	2 090 000 000	4 180 000 000
Médicaments gratuits	643/96	575 000 000		575 000 000
Médicaments DPHL	621/52	778 986 386		778 986 386
Total FCFA		3 443 986 386	2 090 000 000	5 533 986 386
Total euros		5 249 979	3 185 976	8 435 955

Source : MSP

*Ce rapport est issu de la recherche « Abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'ouest (Burkina Faso, Mali, Niger) », financée par le CRDI et l'AFD.*

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](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- 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)*
- n°89** *Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens, (Burkina Faso, Mali, Niger), par J.P. Olivier de Sardan et V.Ridde (2011)*
- n°90** *Le service public de marché à Balleyara, Guidan Roumdji et Say, par Amadou 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