

ABDOULAYE OUSSEINI

EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS
EN FAVEUR DES FEMMES
ET DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION SANITAIRE
DE DOSSO

+

OCTOBRE 2011

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I. PRESENTATION DES SITES ET METHODE D'ENQUETE	5
LA DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE (DRSP).....	6
LES POINTS FOCALX.....	7
LES SUPERVISIONS DES STRUCTURES DE SANTE.....	8
LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	9
LES DISTRICTS DE SANTE	10
LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE	11
II. LE DEMARRAGE DE LA GRATUITE DES SOINS	13
LES 45 JOURS DE GRATUITE DES SOINS DU DS DE DOSSO	14
LE BOYCOTT DE LA DECISION PAR LES AUTRES DISTRICTS	15
LA FORMATION.....	15
LES COMITES DE SANTE.....	16
III. LA MISE EN ŒUVRE DANS LES STRUCTURES DE SANTE	19
LE DESEQUILIBRE FINANCIER ENTRE LES STRUCTURES	19
LES FORMATIONS SANITAIRES AYANT UNE DISPONIBILITE FINANCIERE	19
LES FORMATIONS SANITAIRES AYANT LES CAISSES VIDES	20
LES RAISONS DU DESEQUILIBRE.....	21
L'IRREGULARITE DU REMBOURSEMENT DES FACTURES DE LA GRATUITE DES SOINS.....	21
UN REMBOURSEMENT SANS PRINCIPE CLAIR DE REPARTITION.....	23
DES PROBLEMES LIES A LA GESTION	24
LES RESSOURCES FINANCIERES GENEREES PAR LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.....	24
LE CREDIT DELEGUE DE L'ETAT	30
LES PROGRAMMES VERTICAUX	30
LES DONS DES PARTENAIRES.....	31
LA RECHERCHE DE PARTENAIRES DE PROXIMITE	31
LA GESTION DES MEDICAMENTS.....	32
AU CHR DE DOSSO	32
AU NIVEAU DU DISTRICT SANITAIRE	35
EVAPORATIONS DES MEDICAMENTS.....	35
LA PRESCRIPTION DES SPECIALITES.....	40
LES RUPTURES DE MEDICAMENTS.....	42
LES FACTURES ABUSIVES DES STRUCTURES DE SANTE	45
LES EXAMENS DE LABORATOIRES : DES TARIFS CATASTROPHIQUES POUR CERTAINS HD	45
IV. LE SYSTEME DES CENTIMES ADDITIONNELS.....	47
V. CONCLUSION	49

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

LISTE DES SIGLES

ACT	artemisinin-based combination therapy
ASC	agent de Santé Communautaire
CHR	centre hospitalier régional
COGES	comité de gestion
CSI	centre de santé intégré
CTB	coopération technique belge
DRSP	direction régionale de la santé publique
DS	district sanitaire
ECD	équipe cadre de district
FCFA	franc de la communauté financière africaine
FIDA	fonds international de développement agricole
HD	hôpital de district
MCD	médecin chef de district
MSP	ministère de la santé publique
ONG	organisation non gouvernementale
ONPPC	office national des produits pharmaceutiques et chimiques
PAA	plan d'activités annuelles
PCIME	prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant
SAP	service administratif et du personnel
SONU	soin obstétrical néonatal d'urgence
SPIS	service de la programmation et l'information sanitaire
SR	santé de la reproduction
UNFPA	united nations population fund
UNICEF	united nations children's fund
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION SANITAIRE DE DOSSO

Abdoulaye OUSSEINI

Introduction

La présente recherche fait suite à une première étude¹ sur l'analyse de la prise de décision de la gratuité des soins au sommet de l'Etat, dans le cadre du programme.

Ici, on s'intéressera à la direction régionale de la santé publique (DRSP) de Dosso, qui est l'instance régionale de décision, et aux structures de santé à différents niveaux (CHR, DS) pour voir comment la gratuité est mise en œuvre et quelles sont les réactions des acteurs.

Ce rapport traitera les points suivants :

- La présentation des sites et de la méthodologie de recherche
- Le démarrage de la gratuité dans la région de Dosso
- Les contours de la mise en œuvre.

¹ Ousseini A. 2011. *Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*. Etudes et travaux n°91, Niamey, Lasdel.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

I. PRÉSENTATION DES SITES ET MÉTHODE D'ENQUÊTE

Cette partie présente les structures sanitaires de l'Etat et les établissements de santé privés qui existent dans la région de Dosso et assurent l'offre des soins des populations. Elle décrit également les sites et le déroulement de l'enquête.

En 2010, la région de Dosso dispose des infrastructures sanitaires suivantes :

- une direction régionale de la santé publique (DRSP);
- un centre hospitalier régional (CHR) ;
- cinq districts sanitaires (DS) dont 4 avec HD (hôpitaux de district). Les DS (districts sanitaires) de Doutchi, Gaya et Loga disposent de blocs opératoires fonctionnels ;
- cent dix huit (118) centres de santé intégrés (CSI) fonctionnels ;
- trois cent quatre vingt dix huit (398) cases de santé dont 393 fonctionnelles ;
- cinq (5) pharmacies populaires ;
- trois (3) pharmacies privées ;
- quatorze (14) dépôts de médicaments ;
- vingt deux salles de soins privées ;
- trois services de santé des armées
- un cabinet médical privé
- un laboratoire d'analyse privé
- un institut privé de santé ;
- un centre de la mère et de l'enfant en construction, par le programme spécial du Président de la République.

Tableau1: Répartition des infrastructures publiques et privées en 2010

Structures	CSI	Cases de Santé	Pharmacies publique et privée	Salles de Soins/clinique
Boboye	23	72	01	05
Doutchi	23	124	01	08
Dosso	34	97	04	03
Gaya	22	69	01	04
Loga	16	36	01	02
Total Région	118	398	8	22

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

En fait, nous avons choisi un certain nombre de formations sanitaires pour mener notre enquête. Il s'agit de la DRSP, le CHR et les DS de Loga et Dosso. Ce choix a été guidé par ces critères :

- Le lien hiérarchique et le niveau de référence sur la pyramide sanitaire entre ces structures. En effet, la DRSP est l'instance supérieure de décision au niveau régionale et le CHR est la première structure régionale de référence pour les DS.
- L'existence d'un bloc opératoire en vue de voir les changements que la gratuité de la césarienne pourrait avoir sur les structures de santé.
- Le lieu géographique et la taille : le plus grand DS en termes de nombre de CSI de rattachement (le DS de Dosso avec 32 CSI) et le plus petit et le plus éloigné (DS de Loga avec 16 CSI). Le DS de Dosso est le plus grand de la région avec 34 CSI de rattachement. Il est situé dans le chef lieu de la région, qui est en même temps le chef lieu du département et de la commune urbaine. Le DS de Dosso couvre une population totale estimée à 453 811 habitants en 2010 (PDSO Dosso 2008-2012) étalée sur une superficie de 8 750 km² (soit 28,16% de la superficie de la région). Par contre, le DS de Loga est le plus petit avec 16 CSI de rattachement. Il est situé dans le chef lieu du département de Loga qui couvre une superficie de 4 081 km² (soit 12% de la superficie de la région). La population du département de Loga est estimée en 2010 à 175 650 hbts (PDSO Loga 2008-2012).

La direction régionale de la santé publique (DRSP)

Comme toutes les régions du Niger, Dosso dispose d'une DRSP qui est une structure intermédiaire chargée de la mise en œuvre des politiques nationales de santé au niveau de la région. Cette structure est dirigée par une Directrice régionale de la santé publique secondée par un adjoint. Elle est subdivisée en plusieurs services, à savoir :

- un secrétariat de direction ;
- un service administratif, financier et gestion du personnel ;
- un service de santé de la reproduction ;
- un service de la programmation et de l'information sanitaire ;
- un service d'hygiène publique et EPS ;
- un service de pharmacie, de laboratoire et de la participation communautaire

La DRSP apporte un appui technique aux différentes structures sanitaires de la région. De ce fait le personnel est reparti en points focaux des structures de santé et coordinateurs des programmes verticaux.

Les points focaux

Tableau 2 : Répartition des points focaux

Structures de santé	Points focaux
DS Gaya	le chef service de la programmation et de l'information sanitaire (SPIS)
DS Douchi	le chef du service de la santé de la reproduction (SR)
DS Loga	le chef du service hygiène publique et EPS
DS Boboye	le chef du service pharmacie, labo et participation communautaire.
DS Dosso	le directeur adjoint
CHR	la directrice

Les DS et le CHR ont chacun un point focal qui les représente au niveau de la DRSP. C'est le référent de la structure pour toutes les questions, notamment en ce qui concerne les demandes en matériels, en personnels etc. D'une manière générale, il apporte un appui technique à la structure de santé concernée. Il participe à toutes les missions de supervision concernant la structure dont il est le référent. Les points focaux sont nommés par la directrice régionale. Le point focal d'une structure de santé peut rester pendant plusieurs années à ce poste. Mais des changements peuvent intervenir en cas d'affectation d'un point focal de la région ou d'une démission suite à des problèmes avec les responsables de la structure pour laquelle il est point focal.

On y trouve aussi des points focaux thématiques. Il s'agit du point focal de la gratuité, du point focal du recouvrement des coûts, et du point focal de la prise en charge intégrée de la mère et l'enfant (PCIME).

Le point focal de la gratuité de soins de la DRSP a été nommé en juin 2008². Avant cette date, la gratuité étant intégrée dans le recouvrement des coûts, c'était le point focal de la participation communautaire qui s'en occupait en tant que point focal du recouvrement des coûts des soins. Suite aux problèmes particuliers

² Lettre n° 005/DRSP/DO du 06 juin 2008

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

que la gratuite pose aux structures de santé (notamment le retard de remboursement et l'établissement des factures des structures de santé) et en vue de suivre l'évolution de la mise en œuvre de cette réforme au niveau régional, la MSP a demandé aux DRSP de mettre place des points focaux de la gratuité qui sont les relais régionaux de la cellule nationale de coordination et du suivi de la gratuité des soins. Le point focal de la gratuité est le référent de la gratuité des soins, de ce fait, son activité essentielle consiste à centraliser les données de la gratuité des soins des cinq districts et du CHR au niveau de la région. Cependant, il rencontre un certain nombre de difficultés, depuis sa mise en place, qui sont :

- Il cumule ce travail avec celui de chef adjointe du service administratif et financier (SAF) ; de ce fait, il consacre peu de temps pour la gratuité.
- Les DS renvoient les factures de remboursement directement au niveau national sans en faire une copie de la DRSP ; ce qui fait que le point focal ne dispose que d'informations partielles sur les prestations fournies gratuitement par les structures de santé de la région.
- Le point focal ne dispose pas de moyens pour faire le tour des DS et le point sur la situation de la gratuité parce que, malgré la création du point focal, les activités de suivi de la gratuité restent intégrées dans le recouvrement des coûts dont s'occupe le point focal de la participation communautaire.

Les coordinateurs régionaux des programmes verticaux sont les répondants des coordinations des différents programmes du niveau national. Il s'agit des coordinateurs de la PEV, du paludisme, des IST/VIH/Sida, de la tuberculose, du ver de guinée, etc. Ils sont chargés de la mise en œuvre et du suivi de ces programmes au sein de l'équipe de la DRSP, mais aussi de transmettre les indicateurs à la structure nationale.

Les assistants techniques de la DRSP sont les répondants de certaines institutions internationales intervenant dans la santé. Deux assistants techniques nigériens sont présents, en 2010. Il s'agit de ceux de l'UNFPA et de la CTB.

Le staff de la DRSP se réunit tous les quinze jours pour évaluer et programmer les activités et prendre des décisions sur le plan technique à propos des DS et du CHR.

Les supervisions des structures de santé

Les supervisions se font à deux niveaux : de la DRSP vers les DS et les DS vers les CSI. Il existe deux types de supervisions : les supervisions intégrées et les supervisions des programmes verticaux.

- Les supervisions intégrées sont semestrielles. Elles touchent toutes les activités d'une formation sanitaire.
- Les supervisions thématiques sont effectuées trimestriellement. Elles consistent à évaluer les programmes verticaux. Ces supervisions sont

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

financées par les bailleurs de fonds et touchent uniquement les programmes. Pour certains, ces supervisions thématiques ne sont pas efficaces pour deux raisons. D'une part, elles sont restrictives parce qu'elles ne concernent qu'une activité (la lutte contre tuberculose, par exemple) et les résultats ne sont pas partagés avec les autres agents. D'autre part, ces supervisions financées par les institutions internationales sont coûteuses par rapport aux supervisions intégrées.

Le Centre hospitalier régional

La structure de référence de la région de Dosso est le CHR qui est le deuxième niveau de référence nationale. Compte tenu de son implantation dans la commune de Dosso et du fait que le DS de Dosso ne dispose pas d'hôpital, le CHR joue également le rôle d'hôpital de proximité ou de premier recours pour la population de la commune. L'organe de direction du CHR est composé d'un directeur, un gestionnaire, un surveillant général, un économiste, un épidémiologiste.

Le CHR est composé de plusieurs blocs de bâtiments répartis sur une superficie de 2,9 hectares: le bloc administratif, le bloc 'ophtalmologie/cabinet dentaire et consultations externes spécialisées', les urgences, la maternité, l'atelier orthopédique, la pédiatrie, la chirurgie/bloc opératoire, la médecine, la radiologie, le 'service' des maladies contagieuses, le centre antituberculeux, la morgue, la mosquée, le laboratoire, la pharmacie, le service social, la cuisine, les sanitaires externes et le local du groupe électrogène de secours. Les premiers bâtiments construits en 1947 pour servir de centre de santé du département de Dosso à l'époque étaient constitués du laboratoire, de la médecine, de la pharmacie, de la cuisine et du bloc du service social et hygiène. La disposition des autres bâtiments construits dans les années 2000 ne correspond pas à un schéma architectural élaboré au départ. En effet, il n'était pas prévu une extension d'envergure d'un CHR et actuellement, le CHR est confronté à un problème d'exiguïté ; ce qui fait que toute nouvelle construction réduirait la fluidité de la circulation. Ce problème d'espace est d'autant plus difficile que les tentatives menées par la direction du CHR avec l'appui de la CTB pour acquérir les espaces privés aux alentours de l'hôpital en vue l'agrandir ont échoué puisque les propriétaires n'ont pas voulu vendre leurs terrains. La situation est préoccupante, et a fait l'objet d'une recommandation spéciale à la réunion du comité régional de santé pour que le MSP prenne les dispositions utiles en vue de reconstruire le CHR de Dosso sur un nouveau site³

³ Rapport de synthèse de la réunion du comité régional de santé de la région de Dosso au titre de l'année 2008

Du 24 au 25 Novembre 2008

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Le CHR a une capacité de 186 lits répartis dans les cinq pavillons d'hospitalisation, (médecine générale, chirurgie générale, maternité, pédiatrie, maladies contagieuses, centre antituberculeux) et le service des urgences. Mais, il ne dispose pas de pavillons d'hospitalisation pour certaines spécialités comme l'ophtalmologie, où les patients sont obligés de rester sous les arbres, et la santé mentale, où les malades mentaux sont en errance dans la ville.

Le plateau technique est composé du laboratoire d'analyses médicales, de l'imagerie (radiographie, échographie), de l'ophtalmologie, du cabinet dentaire, du service kiné, du service de dermato, du bloc opératoire et de l'atelier orthopédique.

Les services d'appui sont : le service social, le service d'hygiène, la pharmacie, les régies des recettes (CHR et pharmacie de cession) et la cuisine

L'hôpital de Dosso rencontre aussi d'intempestives coupures d'eau et d'électricité à cause de la vétusté du réseau électrique et de l'adduction d'eau.

Le CHR a un effectif total 139 agents, dont 105 fonctionnaires, 23 contractuels (10 contractuels au compte du CHR) ; 3 coopérants ; 9 appelés du service civique national et 29 bénévoles.

Les districts de santé

Sur le plan administratif, les structures de santé sont organisées en districts de santé (DS) au niveau de chaque département de la région. Le DS est dirigé par l'équipe cadre de district (ECD) qui est sous tutelle de la DRSP. Elle comprend :

- un médecin chef : chargé de coordonner les activités managériales du district et la consultation des malades au niveau de l'HD ;
- un médecin chef adjoint qui seconde le médecin chef et est responsable de l'HD ;
- un gestionnaire du district ;
- un chargé de la surveillance épidémiologique (CSE) ;
- un communicateur sanitaire chargé de l'IEC.

Au plan technique, deux échelons composent ce premier niveau de santé de la pyramide : les CSI (et leurs cases de santé de rattachement) et l'HD. La plupart des DS sont issus de la transformation des Circonscriptions Médicales (CM) en HD et des Dispensaires Ruraux (DR) en CSI, vers la fin des années 1990. Parmi les cinq districts de la région de Dosso, nous en avons choisi deux pour notre enquête. Il s'agit :

- du DS de Dosso qui est le plus grand de la région avec ses 34 CSI dont 3 CSI urbains. Ce DS n'a pas d'hôpital de district ;
- du DS de Loga, qui est le plus petit avec seulement 16 CSI et un hôpital de district ayant le plateau technique pour la césarienne.

Les structures de santé de la région de Dosso fonctionnent sur le système de caisse unique. C'est un dispositif fondé sur la mutualisation des recettes des centres de

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

santé qui sont collectées et versées dans une caisse unique gérée par les COGES du district et l'ECD. Ce système a été mis en place dans les années 1990 avec le recouvrement des coûts. La pharmacie du district ravitaille les CSI qui font les commandes en fonction de leurs besoins. On verra plus loin le fonctionnement du dispositif de collecte des fonds et du ravitaillement des CSI. Avec l'introduction de la gratuité des soins, les recettes des centres sont constituées de deux parties : les fonds directement perçus (forfait que l'utilisateur paie pour accéder aux services de santé) et les factures de la gratuité, qui sont les prestations fournies gratuitement aux usagers exemptés du paiement et remboursées par l'Etat. L'ensemble des fonds perçus et des factures de la gratuité constituent les recettes théoriques des structures de santé.

Le déroulement de l'enquête

Cette recherche a mobilisé plusieurs techniques (entretiens, observations, séjours dans les services). Plusieurs groupes stratégiques (personnels de santé, COGES, administration, usagers) ont été investigués.

Tableau 3 : les structures et les acteurs enquêtés		
Structures	Nbre	Acteurs
DRSP	07	- Agents - Assistants techniques
CHR	20	- Administration - Médecins - Infirmiers - Contractuels - Césarisées - Mères des enfants 0 à 5 ans - Percepteurs
DS	26	- ECD - Responsables CSI - Infirmiers - Gérant de pharmacie - COGES - Percepteurs - Mères des enfants de 0 à 5 ans
ONG	1	- Mercy Corps
Pharmacie privée	1	- Gérant
total	55	

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Pour cette enquête nous avons utilisé plusieurs outils pour recueillir les données.

- 1) Un stage à la DRSP : nous y avons séjourné deux semaines, afin d'observer le travail des agents de la région, notamment le point focal de la gratuité. Ce stage a aussi été une manière de se familiariser avec les responsables de la DRSP ; ce qui nous a permis d'avoir plus de facilité pour accéder aux structures de santé, en évitant ainsi la demande de multiples autorisations de recherches que nous avons rencontrées sur d'autres terrains.
- 2) Les entretiens : ils se sont déroulés au niveau de la direction régionale, de l'administration du CHR, des médecins, du personnel de santé, de l'ECD, des COGES, des usagers, des contractuels, des assistants techniques. Ces entretiens nous ont permis de comprendre le fonctionnement du dispositif de la gratuité et la perception des acteurs par rapport à cette réforme de santé.
- 3) L'observation : nous avons choisi de faire des observations au niveau de l'aiguillage du CHR, du point de vente, de la perception, et de la pharmacie de cession, en vue d'appréhender les interactions entre les usagers et le personnel de santé, le rapport entre le gérant de la pharmacie, les vendeuses et les majors des services pendant la commande des médicaments. Elles nous ont permis de constater certains problèmes au niveau du dispositif des services, notamment la disposition de la salle d'accouchement dont la porte fait face aux accompagnants qui peuvent voir ce qui se passe dans la salle et entendre distinctement les cris de douleurs des femmes qui accouchent ; il n'y a pas de discrétion pendant l'accouchement. Ce qui peut être stigmatisant car crier pendant l'accouchement est un signe de faiblesse pour la femme dans la culture locale. Aussi, le brancard qui va de la maternité au bloc opératoire passe devant les accompagnants. Tous les regards sont tournés vers la femme allongée et on peut entendre : “ *i go ga koy goy a se!*” (On va l'opérer !).
- 4) La consultation des archives et des outils de gestion. Au niveau du secrétariat de la DRSP, nous avons recherché dans les documents archivés toutes les notes que le MSP a envoyées de 2005 à 2010 dans le cadre de la gratuité des soins. Au niveau des centres de santé, nous nous sommes intéressés aux outils de gestion à partir desquels la plupart des tableaux dans ce texte ont été élaborés. Il y a deux types d'outils dans les formations sanitaires: les outils pour la gestion financière qui sont les carnets de reçus, le RUMER (registre d'utilisation des médicaments et recettes) et le livre de caisse ; et les outils de gestion des médicaments, qui sont la fiche

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

de gestion de stock, les fiches de commande et de livraison, la fiche de sortie journalière. Même si ces outils sont disponibles dans les structures de santé, ils ne sont pas régulièrement remplis et archivés. Il y a une disparité entre la gestion des COGES et celle de l'ECD. En effet, tandis que l'ECD dispose d'ordinateurs, d'imprimante, de parapheurs et de chemises, un COGES ne dispose que de papiers, de stylos et d'une calculatrice.

II. LE DÉMARRAGE DE LA GRATUITÉ DES SOINS

« Bon, au tout début, c'est une note officielle que nous avons reçue qui portait gratuité. Mais il faut dire qu'il y avait déjà la gratuité de la césarienne qui datait de 2006, mais compte tenu du fait que le bloc n'était pas opérationnel à cette époque, il n'y avait pas cette gratuité au niveau de Loga.» (MCD/Loga)

L'information sur la mise en œuvre de la gratuité des soins dans les formations a commencé avec une note du MSP datant de mai 2006 à la DRSP qui l'a ensuite envoyée dans les différents districts sanitaires et le CHR. La gratuité de la césarienne, la première mesure prise en 2005, a commencé en 2006 dans les centres dotés du plateau technique nécessaire (CHR en mars 2006, l'HD Douchi en juillet 2006). Les autres districts ont débuté la césarienne plus tard avec la construction de leur bloc opératoire (l'HD de Loga en février 2007 et l'HD Gaya en mars 2007). Les HD de Dosso et Boboye n'ont pas de bloc pour pratiquer la césarienne à cause de leur proximité du CHR. Comme information, la DRSP a reçu une lettre d'application, le décret, et l'arrêté d'application qui donne des indications sur les tarifs de la césarienne dans les différentes structures de santé (80 000 FCFA pour la maternité de référence nationale, 50 000 pour les CHR et 35 000 FCFA pour les HD) et les modalités de remboursement.

Mais, pour l'exemption du paiement des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, seule une lettre d'application accompagnée de l'arrêté a été envoyée par le MSP à la DRSP. La consultation des archives de la DRSP n'a fait état d'aucune note explicative, ni de consignes de gestion.

La mise en œuvre la gratuité des soins aux enfants de 0 à 5 ans a connu un démarrage controversé.

En effet, en mai 2006, la DRSP a tenu une réunion d'information avec les MCD et le Directeur du CHR pour leur demander de commencer la gratuité des soins des enfants. Cette réunion a été plutôt le lieu de débats sur les conditions de la mise en œuvre d'une gratuité aux enfants.

« On a eu une réunion à la DRSP où on lui a fait part de toutes nos inquiétudes quant à l'application de cette gratuité et des risques pour nous d'être en rupture de médicaments, surtout qu'il n'y a rien qui a été fait ou prévu avant l'installation de cette gratuité.» (MCD de Loga)

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

A la sortie de cette réunion, deux positions se sont dégagées : celle du DS de Dosso qui a opté pour un démarrage immédiat et rapide, mais qui a été finalement de courte durée ; et celle des autres DS et le CHR qui ont choisi de boycotter la décision de la mise en œuvre de l'exemption pour les enfants de moins de cinq en attendant d'avoir plus d'information sur les conditions d'application de cette mesure.

Les 45 jours de gratuité des soins du DS de Dosso

Le DS de Dosso a été le premier de la région et l'un des premiers du Niger à commencer la gratuité des soins des enfants âgés de 0 à 5 ans en 2006. L'arrêté portant mise en œuvre de la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq est sorti en avril 2006 et le MCD de Dosso a décidé de la mettre en œuvre en juin 2006, sans préparation préalable, dans tous les CSI relevant de son district sanitaire.

« On a reçu l'information grâce à une note de service rédigée par le médecin chef du district sanitaire d'antan accompagné d'un arrêté ministériel. » (Un chef CSI de Dosso)

Le MCD a voulu mettre en œuvre rapidement cette décision parce qu'il y était favorable, mais aussi parce qu'il semblait être mieux informé compte tenu de sa proximité avec la DRSP et des différentes missions venues de Niamey, qui le rassuraient sur l'effectivité du remboursement à la fin de chaque mois.

Cependant, cette mise en œuvre a été de courte durée.

« La gratuité des soins au niveau du district a commencé en Juin 2006 et est suspendue environ 45 jours après » (PDSDS Dosso 2008-2010 :42)

En effet, les CSI du DS de Dosso ont un à un suspendu la mise en œuvre de la gratuité parce qu'ils ont constatés que les autres CSI des DS de la région ne l'avaient pas commencé et surtout à cause d'une confusion dans le remplissage de la demande de règlement par l'Etat.

« On a commencé sans formation. Même pour le remplissage des supports parfois on a des problèmes ; on ne sait pas comment remplir parce que d'autres disent on met zéro franc sur le registre de consultation ou sur le reçu, d'autres disent qu'on met le montant. Donc on était dans l'embarras, après ça on a laissé tomber quelques mois. Puis une autre note de service est venue nous dire de reprendre la gratuité de soins. » (Responsable d'un CSI de Dosso)

Aux motifs de la suspension de la gratuité des soins par les CSI du DS de Dosso, il y a aussi ces problèmes :

- le non respect de l'engagement de l'Etat de rembourser les factures régulièrement à la fin de chaque mois ;
- l'épuisement du stock de médicaments du DS ;
- le manque d'outils adaptés pour la demande de remboursement ; ce qui a fait que les premières factures de la gratuité élaborée par le DS de Dosso étaient rejetées parce qu'elles étaient mal élaborées. Ces factures d'un montant de

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

2 193 000 F ne sont pas payées jusqu'à présent, bien qu'elles aient été corrigées et réintroduites dans le circuit.

Le boycott de la décision par les autres districts

Quant aux autres districts de la région, ils étaient réticents à mettre en œuvre une gratuité des soins, sans un certain nombre de préalables. Il s'agissait entre autres de la garantie de la disponibilité des médicaments, d'un besoin de formation et d'informations sur les prestations qui seraient gratuites et sur le mécanisme de remboursement.

« Après la note il n'y a pas eu un mécanisme de suivi, il n'y a aucune mesure qui a été prise. Puisque je me rappelle bien ça été une forte préoccupation, on avait beaucoup hésité. On s'est dit que puisqu'on s'est pas préparé, on n'a pas mis en place des stocks, si on commence la gratuité comment on va assurer la gratuité ? En fait notre inquiétude, c'était surtout par rapport à la disponibilité des médicaments. Je sais que ça a fait que nous n'avons pas dans un 1er temps appliqué cette mesure (...). Parce que un peu partout les gens étaient réticents, comment on vous dit de rendre les choses gratuites alors qu'il n'y a aucune mesure qui a été prise ». (MCD de Loga)

Compte tenu du fait que la majorité des structures de santé n'a pas commencé la gratuité des soins et que celles qui l'ont commencée ont arrêté, le MSP de la santé publique a écrit une note⁴ de rappel au respect la décision du gouvernement.

« Bon après les échanges avec la DRSP, on nous a dit que c'était une consigne officielle, en tant que représentant de l'administration, nous sommes tenus de l'appliquer. »(MCD Loga)

C'est ainsi que tous les MCD à leur tour ont écrit une note de service accompagnée du décret portant gratuité des soins aux enfants pour demander aux différents CSI de commencer à appliquer cette mesure. En avril 2007, la gratuité des soins aux enfants est appliquée dans tous les DS de la région de Dosso

La formation

En fait, cette gratuité a été mise en application sans que les acteurs soient formés aux outils et à la définition des services concernés par la gratuité. La gratuité des soins aux enfants de moins de cinq a commencé en mars 2007 dans le DS de Loga, mais il a fallu attendre le mois d'août 2007 pour que les MCD reçoivent une première formation par des agents du MSP.

D'ailleurs, il semble que ce besoin ait été exprimé par les agents de la DRSP qui en a fait la demande au MSP.

⁴ Lettre n° 000493/MSP/LCE/DGSP/DOS/DIV.FSP du 12 février 2007

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

« C'est justement au niveau de l'étape préparatoire que nous avons pu constater qu'il manquait certains outils pour la gratuité. Nous pensons notamment à un manuel qui expliquerait à certains acteurs, surtout les prescripteurs, comment il faudrait faire les statistiques sur les personnes qui ont bénéficié de la gratuité des soins, et également un manuel qui expliquerait c'est quoi la gratuité, quelle est la tranche d'âge qui est concernée et comment il faut faire toutes les compilations des informations. Au début c'est au niveau région qu'on a constaté que tout cela manquait. On a fait des recommandations au niveau central qui a effectivement élaboré un manuel pour le mettre à la disposition des structures opérationnelles. » (Un assistant technique de la DRSP)

Ce sont les MCD qui ont à leur tour formé les responsables des CSI. L'essentiel de cette formation figure dans un document national intitulé « Gestion de la gratuité des soins au Niger ». Elle s'est effectuée autour des points suivants : la définition de la gratuité des soins, les différents domaines des prestations gratuites, le cadre juridique, le financement de la gratuité, le paquet de soins pour chaque prestation gratuite, les modalités d'application, les outils utilisés dans le cadre de la gratuité, le mécanisme de contrôle et audit externe.

Les comités de santé

Quant aux comités de santé et les COGES, ils ont eu l'information par les MCD. Comme les ECD, ils n'étaient pas d'accord pour appliquer la mesure. Dans les deux COGES enquêtés (DS de Loga et de Dosso), il y a eu une levée de bouclier, parce qu'ils considéraient la décision comme étant une mesure du gouvernement pour détruire la participation communautaire, en rendant gratuit ce qui était payant.

« On n'a eu aucun papier de l'Etat, c'est le médecin chef qui nous a informé et nous avons exigé le papier qu'il nous a ensuite montré. Il nous a dit que c'est à prendre ou à laisser. Au début, on avait des inquiétudes que le gouvernement veut tout mettre en l'air. On n'a pas confiance à l'homme politique. » (Trésorier COGES de Loga)

Pour eux, la gratuité a été une imposition du gouvernement à laquelle ils se sont soumis et qui a finalement été :

- une bonne chose pour les uns (Loga) parce qu'elle a permis de renflouer les caisses avec les remboursements ;
- une mauvaise pour les autres car un facteur d'épuisement des recettes du fait des retards de remboursements (Dosso). La structure de santé essaie de fonctionner avec le peu des fonds perçus. Une situation que le trésorier de Dosso tente d'expliquer par ce proverbe qui illustre aussi les tentatives d'adaptation des structures de santé aux problèmes engendrés par la mise en œuvre de la gratuité des soins :

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

Cette partie sur les comités de santé sera développée dans le prochain rapport qui fera une exploration plus approfondie de la participation communautaire, en

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

englobant d'autres acteurs que les seuls COGES, comme les groupements, les mutuelles de santé, les élus, les chefs traditionnels, etc.

En conclusion, la gratuité des soins a été introduite d'emblée dans les formations sanitaires de la région de Dosso, sans que celles-ci se soient préparées en conséquences (non mise en place de stocks de médicaments, besoins de formation non satisfaits, etc.). La réaction des formations de santé et des acteurs s'est traduite par une réticence à la mise en œuvre pendant plusieurs mois, avant d'obtempérer à la décision de l'Etat.

III. LA MISE EN ŒUVRE DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ

La gratuité des soins a été mise en œuvre de façon différente selon les structures de santé. C'est une réforme qui s'est intégrée dans un système de santé qui connaît déjà des dysfonctionnements. Avec ses exigences, elle a révélé ou aggravé ces dysfonctionnements structurels, liés, entre autres, aux mauvaises relations entre personnels de santé et usagers (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003).

Nous analyserons ici la mise en œuvre de la gratuité relativement aux finances, à la gestion des médicaments et aux stratégies d'acteurs.

Le déséquilibre financier entre les structures

Certaines structures de santé sont plus grandes que les autres, et leur capacité financière n'est pas la même. L'impact de la mise en œuvre de la gratuité sur les recettes des structures de santé est en rapport avec leurs besoins respectifs en médicaments. Il y a deux types de formations sanitaires : celles ayant une disponibilité financière et celles ayant les caisses vides.

Les formations sanitaires ayant une disponibilité financière

Le CHR et le DS de Loga semblent disposer de ressources financières qui leur permettent d'assurer une disponibilité régulière de médicaments.

« Q : Actuellement, vous avez quelque chose dans la caisse ?

R : Oui, Alhamdulillah, c'est ce que j'ai dit, on n'a pas de problèmes maintenant.»
(Le gérant de la pharmacie de cession)

Au mois de septembre le CHR disposait de plus de 60 000 000 FCFA dans son compte ; ce qui permet à cet établissement de pouvoir fonctionner pendant au moins une année, selon le gestionnaire.

Le département de Loga est le plus pauvre de la région de Dosso, cependant son district sanitaire est le plus nanti en termes de disponibilité financière.

Le DS de Loga a connu des difficultés financières au début de la gratuité, au point de devoir s'endetter auprès des centrales pharmaceutiques pour assurer la disponibilité des médicaments.

« La situation, c'est qu'il n'y a pas d'argent pour acheter des médicaments, il fallait s'endetter. » (MCD de Loga)

Mais ces difficultés ont disparu avec les premiers remboursements en 2008.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

« Au niveau des CSI, un moment, en fin d'année on était dans une situation un peu critique. Bon fort heureusement, en 2008, il ya eu le remboursement de la gratuité de 2007, c'est ça qui nous a permis de relancer. » (MCD de Loga)

Les recettes ont considérablement augmenté depuis la mise en œuvre de la gratuité des soins. En effet, l'inventaire réalisé en prélude aux élections du nouveau COGES en 2005 a donné un bilan de 11 millions FCFA de fonds en banque et une disponibilité de médicaments d'une valeur de 8 millions. En juin 2010, l'inventaire faisait état de 35 millions FCFA en banque, 48 millions FCFA de factures non remboursées au DS, et une disponibilité de médicaments d'une valeur 30 millions FCFA. Cela permet à ce district sanitaire d'assurer régulièrement ses commandes en médicaments.

« Q : Est-ce que vous arrivez à faire les commandes chaque mois ?

R : Oui, on les fait chaque mois et on les fait selon notre besoin, et on arrive à couvrir les besoins de notre district. Nous avons la disponibilité financière pour ça et avec même une possibilité de faire le stock du mois prochain. » (Point de la gratuité de Loga)

Pour l'ECD de district et le COGES, cette augmentation des recettes directes est le résultat d'une "bonne gestion" (cf. infra) qui se traduit par un suivi régulier des activités des CSI et cases de santé.

« Q : Sur le plan de rupture pour indisponibilité financière ?

R : ça jamais je n'ai jamais constaté ça, parce que le district de Loga fait partie des meilleurs districts de ce pays qui ont réussi, qui ont suffisamment de ressources financières par rapport à leur activité parce qu'il y a eu une bonne gestion. Ce qui fait que les ressources financières pour payer les produits, on a ça. » (Le point focal de la gratuité de Loga)

De ce fait, le DS de Loga « fait école ». En effet, en août 2010, une mission composée de trois membres du COGES d'Aguié se sont déplacés pour s'imprégner de l'expérience de Loga. La mission a été financée par le FIDA.

La situation inverse des certaines structures de santé (manque de disponibilité financière) s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs à savoir : a savoir l'absence d'appui des partenaires, les retards de remboursement, le manque de suivi par l'ECD, etc. Ces points seront développés par la suite.

Les formations sanitaires ayant les caisses vides

Le DS de Dosso rencontre d'énormes difficultés financières.

« Q : Si je comprends, l'argent que vous gagnez c'est ça que vous utilisez pour acheter les médicaments ?

R : Oui ! Cet argent n'est pas suffisant pour faire fonctionner le district car le district a 13 millions en besoin réel mais on recouvré 4 millions, il y a un déficit de 9 millions. Il faut voir ce que 9 millions peuvent faire en produits ? » (Un membre de l'ECD de Dosso)

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Depuis 2009, ce district a des recettes directes mensuelles inférieures à ses besoins. Pour fonctionner, il contracte des crédits auprès des centrales pharmaceutiques pour les médicaments et auprès des imprimeries pour les supports de gestion. Le DS a pris des crédits de médicaments le 08/05 et 7/06/ 2010 d'un total de 2 021 265 FCFA auprès de SAPHAR et un crédit de 2 665 600 contracté le 29/06/2010 auprès de l'imprimerie IMBA. Ces dettes n'ont pas été remboursées jusqu'au 16/07/2010, date de notre enquête. Ces crédits se font sur la base d'une négociation entre les responsables de l'ECD (MCD et le gestionnaire du district) et le trésorier du COGES et les fournisseurs. Ils ne donnent pas lieu à un versement d'intérêts aux fournisseurs. Le paiement se fait avec les fonds collectés et le délai ne dépasse pas généralement plus d'un mois.

Les raisons du déséquilibre

Les explications données à ce déséquilibre financier entre les structures sont multiples et variées et elles sont surtout interdépendantes.

L'irrégularité du remboursement des factures de la gratuité des soins

Les prestations fournies gratuitement par les structures de santé ne sont pas remboursées à la fin du mois suivant, comme le prévoient les textes du MSP. Le paiement des structures sanitaires n'est pas régulier ; les factures peuvent attendre plusieurs mois, et même bien plus.

Tableau 5 : paiements du DS de Dosso de 2008 à 2009

Années	Date de virement	Montant	Sources	Factures
2008	05/05/08	33 664 100	AFD	32 953 400
	05/12/08	9 815 100	AFD	
2009	22/04/09	12 667 500	Etat	189 980 000
	12/05/09	12 198 650	Etat	
total		68 345 350		222 933 400

Ce tableau ci-dessus montre pour 2 ans les montants des factures émises par DS de Dosso et les dates et montants des remboursements. En 2008, le DS a bénéficié d'un remboursement de 43 479 200 FCFA pour des factures émises de 32 953 400 ; soit un bénéfice de 10 525 800 FCFA par rapport aux factures émises en 2008. Mais en fait, la majorité des factures payées en 2008 sont celles de 2007. Le montant des factures émises en 2007 est de 40 572 650 FCFA pour un remboursement de 6 202 700 FCFA ; ce qui veut dire que le paiement d'une facture peut prendre plus d'une année de retard. En 2009 Dosso a reçu deux remboursements d'un montant de 24 866 150 FCFA pour des factures émises de 189 980 000 FCFA, soit un déficit de 165 113 850 FCFA. Sur les deux années, le

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

DS de Dosso a reçu un remboursement de 68 345 350 FCFA pour des factures émises de 222 933 400 FCFA, soit un taux de remboursement de 30,6%.

Tableau 6 : paiements du DS de Loga de 2008 à 2009)

Années	Date de virement	Montant (FCFA)	Source	Factures émises
2008	21/02/08	21 277 900	AFD	43 161 050
	06/05/08	3 976 400	AFD	
	19/08/08	7 137 500	Etat	
2009	23/03/09	7 713 900	Etat	42 973 500
	22/05/09	14 329 400	Etat	
	18/08/09	3 784 750	Etat	
	22/09/09	4 424 450	Etat	
	09/11/09	5 771 000	Etat	
total		68 415 300		86 134 550

Ce tableau montre les dates et les montants des virements au profit du DS de Loga pour 2008 et 2009. On remarque que ce district sanitaire a bénéficié de trois virements en 2008 et cinq virements en 2009, mais avec un montant annuel inférieur aux factures émises. Au total, le montant du remboursement au profit du DS de Loga s'élève à 68 415 300 FCFA pour les deux années et le montant des factures émises est de 86 134 550 FCFA, pour la même période ; soit un taux de remboursement de 79,4%.

Ces deux tableaux reflètent trois déséquilibres relatifs aux remboursements :

- un déséquilibre selon les années (Dosso a eu beaucoup plus de remboursements en 2008 qu'en 2009) ;
- -un déséquilibre entre les factures émises et le remboursement ;
- un déséquilibre entre les structures de santé (79,4% pour Loga contre 30,6% pour Dosso).

Il s'agit ici de la photographie de la situation des deux districts sanitaires de la même région à une période donnée (2008 à 2009). Quand on allonge l'observation sur les années, les écarts peuvent être plus grands. En effet, tandis que le DS de Loga a bénéficié de deux virements en 2010, le DS de Dosso n'a pas été payé depuis le 12/05/09, à cause du manque d'une clef de répartition au niveau de la cellule gratuité, compte tenu des crédits insuffisants alloués au remboursement des factures de la gratuité des soins.

Un remboursement sans principe clair de répartition

« Q : Je voudrais votre point de vue par rapport à la manière de payer les factures

R : C'est très aléatoire ! Tu peux te retrouver avec beaucoup de sous, toutes tes factures sont remboursées, quelqu'un va se retrouver sans aucune facture. » (MCD de Loga)

Compte tenu de l'insuffisance des crédits accordés au remboursement de la gratuité des soins par l'Etat, le responsable de la cellule de la gratuité paie les factures sans principe clair de répartition. (cf. Ousseini A, 2010). Cette pratique du niveau central fait que certaines structures de santé ont eu la chance d'être mieux servies (DS Loga, CHR) que d'autres (DS de Dosso) dans le remboursement.

« Q : vous avez été remboursé cette année ? »

R : Aucun franc, et ce n'est pas tous les districts qui ont le même niveau de remboursement. Il y en a qui n'ont pas de problème. Quand on a posé la question, vous imaginez ! Un district qui a 100 millions, ils disent que pour le paiement il n'y a pas de règles ; on tire dans un lot quand tu as la chance que tu aies tes factures dedans, tu es réglé. Et tu peux avoir la chance d'avoir 4 ou 5 factures tirées dans le lot. Nous, on a dit que ça ce n'est pas du travail, il faut faire une programmation, ceux qui n'ont jamais eu de remboursement doivent être priorités. » (Le point focal de Dosso)

Pour certains cette manière de faire n'est pas technique parce qu'elle n'est pas fondée sur une procédure de planification. Elle montre que le bien public n'est pas équitablement reparti entre les services de l'Etat.

« Ça ce n'est pas technique ça ! ça ce sont des choses qu'il ne faut même pas dire, c'est comme si pour servir les CSI en médicaments on fait un tirage, ce qui ont eu tant mieux et ceux qui n'ont pas eu n'ont qu'à croiser les bras. Et les populations qui sont derrière eux ? Tu es obligé de faire une planification pour que chacun ait de quoi travailler. Maintenant si vous partez au CHR, ils n'ont pas beaucoup de problèmes par rapport à nous » (un membre de l'ECD de Dosso)

D'ailleurs, ce tirage au sort a soulevé des suspicions sur le travail de la coordination de la cellule, notamment sur l'existence de favoritisme dans l'attribution des crédits alloués au remboursement. Cela a été relevé lors d'une rencontre de l'ECD de Dosso et le coordinateur de la cellule de la gratuité des soins à Dosso, en juillet 2010.

« Quand on a dit ça, le gars (le coordinateur de la cellule de la gratuité des soins) s'est enflammé, il a dit que lui n'est pas ce genre de type, parce que les gens parlent, on dit que ça se paie par affinité, par régionalisme. Il était vraiment très gêné. La semaine passée, on a fait plus de 4heures de temps, il était en train de faire une narration pour dire que lui n'est pas comme ça. Parce que les gens parlent, ils disent que certainement il paye ses amis ou des gens qui offrent quelque chose. Ça vraiment ! Il ya les rumeurs partout même si ce n'est pas fondé, les gens en parlent. » (Le point focal de Dosso)

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Pour beaucoup, quand une administration fonctionne sur « *du hasard* », elle engendre une forme d'injustice, de partialité dans l'allocation des ressources de l'Etat

« Certainement quand tu vas échanger ils vont te le dire, il y a des gens qui les accusent, qui leur disent qu'il n'y a pas d'impartialité dans ce qu'ils font. Parce que les gens ne peuvent pas comprendre ! Un moment on les accusait même de privilégier certaines régions au détriment d'autres régions. Mais après quand j'ai échangé avec eux et qu'ils m'ont expliqué la procédure, j'ai compris que c'est du par hasard. C'est par hasard qu'une région a eu et l'autre pas, mais les gens peuvent faire des liens, interpréter ça et dire qu'on a privilégié quelqu'un par rapport à quelqu'un d'autre. Mais l'un dans l'autre ça nécessite un travail à leur niveau pour éviter que ce hasard là ne privilégie pas quelqu'un au détriment de quelqu'un d'autre. Pour que chacun, en fonction de ses factures, on lui donne quelque chose qui puisse lui permettre de rejoindre les deux bouts en attendant » (MCD de Loga)

Des problèmes liés à la gestion

Pour certains, les difficultés que rencontrent certaines structures de santé ne sont pas exclusivement imputables à la gratuité des soins, elles découlent plutôt de problèmes bien antérieurs.

En dehors du remboursement de la gratuité des soins, les structures reçoivent beaucoup de ressources financières et matérielles permettant de satisfaire la demande de soins aussi bien pour la prise en charge des catégories payantes que celles exemptées :

- RC ;
- Factures remboursées ;
- Crédits délégués (médicaments, ou argent) ;
- Programmes verticaux (médicaments) ;
- Dons (médicaments) ;
- Mise à disposition de personnels auxiliaires par la mairie (chauffeurs, manœuvres).

L'utilisation rationnelle de ces diverses ressources, qui permettent de préfinancer la gratuité des soins, peut atténuer considérablement les difficultés liées au retard du remboursement des factures de la gratuité des soins par l'Etat.

Les ressources financières générées par la participation communautaire

Le paiement partiel par l'usager occupe une place faible dans les sources de financement des dépenses publiques de santé mais importante au niveau des formations périphériques. Le recouvrement des coûts au niveau périphérique concerne les cases de santé, les CSI et les hôpitaux de districts.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

« La revue des comptes de la santé de 1999 rapporte un niveau de mobilisation des ressources à travers le recouvrement des coûts au niveau périphérique à environ 1,5 milliards de FCFA sur l'ensemble du pays. Les ressources mobilisées à travers le recouvrement des coûts au niveau périphérique ont évolué de 850 millions de FCFA en 1998 à plus de 1,7 milliards en 2001. Comparées à 2,8 milliards de dépenses de fonctionnement prises en charge par l'Etat au niveau périphérique en 1999—dont 1,8 milliards de dépenses de personnel et 1,0 milliards pour les dépenses hors-personnel — ces tendances suggèrent que les services de santé de base en dehors de la capitale, Niamey, dépendent de plus en plus du financement privé par les ménages à travers le paiement des services par les usagers. » (Banque mondiale, 2004 : 66)

En 2007, le montant du recouvrement des coûts au niveau périphérique n'avait que légèrement progressé. Il était de 1,9 milliard⁵.

L'importance de cette ressource varie selon les centres de santé. Elle représente 49,80% des recettes théoriques (fonds perçus et factures de la gratuité) du DS de Loga au mois de mai 2010 et 42,80% en septembre 2010. Par contre, pour le DS de Dosso, elle est de 34,14% des recettes⁶ : les 2/3 des recettes théoriques concerneraient donc la gratuité.

En fait, il y a deux interprétations à cela, selon le cas.

- Pour les responsables des structures en difficultés, la diminution des ressources est due au fait qu'avant la gratuité, les enfants et les femmes constituaient l'essentiel des clients des services de santé. L'exemption du paiement pour ces catégories n'a fait que renforcer leur utilisation des services. Quant aux catégories payantes, elles ne fréquentent les centres de santé qu'en cas de force majeure. Elles s'adonnent plutôt à l'automédication pour des maladies simples.

« Q : Comment se porte le district depuis le début de la gratuité ?

R : Ah, sans rien vous cacher le district se porte très mal, parce que je vous ai dit tout à l'heure, la gratuité représente les 2/3 de nos recettes. Imaginez, si les 2/3 représentent les recettes totales ça veut dire que le district ne marche qu'avec un seul tiers, les payants, de sorte que maintenant on est dans le rouge parce qu'on a épuisé tout ce qu'on avait avant l'arrivée de la gratuité et maintenant la gratuité a tout rongé, et très malheureusement les remboursements causent problème, c'est ça

⁵ RDP 2007, cité in « *Evaluation des mécanismes de financement du système de santé au Niger* », CREDES, 2010. Rapporté à l'ensemble des financements du système de santé public, la proportion du recouvrement périphérique est très faible (1,74 %), mais le recouvrement des coûts au niveau des structures de références régionales et nationales n'est pas pris en compte par ces chiffres, ce qui est un biais important. Par ailleurs, selon les résultats de l'enquête budget consommation réalisée d'avril 2007 à avril 2008, qui a servi de base au CNS (comité national de santé), les ressources que les ménages consacrent à la santé (quels que soient les prestataires : formations sanitaires avec recouvrement des coûts, cabinets privés, tradi-praticiens, achats de médicaments) seraient de l'ordre de 50 milliards de FCFA en 2007 (idem : 18)

⁶ Nous avons obtenu ces pourcentages en faisant le rapport des fonds perçus sur les recettes théoriques (gratuité et RC) pour le mois.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

notre grand problème. C'est un sérieux problème. Parce que depuis le début de la gratuité on a l'impression que les adultes ne viennent plus. Quand tu vois quelqu'un à l'hôpital, c'est qu'il amène un enfant ou une femme et il sait qu'il ne paie rien.

Q : Pourquoi, on a l'impression que les adultes ne viennent pas, est ce qu'il y a une raison ?

R : La seule raison c'est le paiement, ils préféreraient aller payer à la pharmacie par terre que venir ici se faire soigner. Quand vous voyez un adulte venir à l'hôpital, soit sur que c'est un cas grave, il a tenté partout ça n'a pas marché et s'il vient, il va consommer beaucoup car il faut le réanimer, et tout ça. Mais pour des maux de têtes ou une petite fièvre il ne va pas venir, il va à la pharmacie par terre où il va dépenser 400f ou 200f. » (ECD de Dosso)

- Les autres responsables, les agents de la DRSP et un cadre du MSP, donnent une autre explication. Le taux de fréquentation des bénéficiaires légaux de la gratuité n'est pas réellement 2/3. Car, au curatif, ce sont seulement les enfants de 0 à 5 ans qui sont concernés par la gratuité des soins. Les autres catégories (hommes et femmes) paient le forfait pour accéder aux services de soins. Mais le taux de fréquentation des bénéficiaires de la gratuité serait rehaussé par des pratiques frauduleuses des usagers, d'une part, trichant sur l'âge de leurs enfants pour bénéficier de la gratuité des soins, et des agents de santé, de l'autre, inscrivant les adultes dans les registres de la gratuité pour empocher l'argent ou pour éviter à un parent de payer les soins. Ce sont des pratiques qui brouillent la fiabilité des données fournies par les formations sanitaires et augmentent le montant de la facture que l'Etat doit rembourser.

La collecte des fonds

Les districts sanitaires de Dosso fonctionnent sur la base d'un système de caisse unique gérée par le COGES et l'ECD. C'est une forme de mutualisation des recettes entre les structures sanitaires d'un même district. En fait, ce sont les fonds collectés par le recouvrement des coûts qui permettent d'assurer l'achat des médicaments utilisés dans la gratuité des soins, en attendant le remboursement.

C'est à partir du trois de chaque mois que le trésorier et un membre de l'ECD (généralement, c'est le point focal de la participation communautaire) font le tour des CSI pour collecter les fonds perçus et les fiches des prestations fournies gratuitement. En même temps ils ravitaillent les CSI en médicament et en gaz. Quant aux cases de santé, elles envoient leurs recettes au niveau de leurs CSI de rattachement le premier du mois, avant la mission de collecte. Les commandes des CSI sont envoyées le 25 du mois précédant le début de la mission de collecte afin qu'elles puissent être traitées et que le gérant de la pharmacie du district puisse faire le colisage. La mission de collecte des fonds règle en même temps les salaires des percepteurs et des trésoriers des CSI. La durée de la mission dépend du nombre des CSI. Pour les 34 CSI du DS de Dosso la collecte dure 6 jours et pour les 16 CSI de Loga, elle se fait en 3 jours. A la fin de la mission, les données

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

sont traitées et compilées. A ce niveau il y a une différence dans l'organisation de deux districts sanitaires enquêtés :

- une forte implication de l'ECD du DS de Loga dans le traitement des données et le suivi de la gestion des structures de santé à tous les niveaux. A cet effet, un point focal de la gratuité des soins a été nommé par le MCD en 2007. C'est un épidémiologiste de formation qui travaille en tant qu'appelé du service civique national. Il a élaboré un masque à partir duquel les données sont saisies et qui assure l'exactitude des calculs en vue de prévenir les rejets de factures par le niveau central. A la fin de la collecte, du 7 au 8 de chaque mois il doit s'occuper uniquement des fiches de la gratuité du district pour traiter les données et établir les factures pour le remboursement. Les factures sont soumises au contrôle du gestionnaire, à la signature du MCD et du trésorier avant d'être envoyées à la cellule de la gratuité des soins où elles doivent parvenir officiellement au plus tard le 15 du mois. C'est ainsi qu'entre le 8 et le 9, le district de Loga organise chaque mois une mission d'une journée sur Niamey. Elle est composée du trésorier du COGES et du point focal de la gratuité. Elle est organisée pour effectuer le transfert des fonds en banque, le dépôt des factures à la cellule de la gratuité des soins, la commande de médicaments auprès des centrales pharmaceutiques et l'achat du gaz. La commande de l'ONPPC se fait à partir de son dépôt de Loga. Cette organisation du DS de Loga a permis au DS de traiter et d'envoyer les factures avec promptitude. Il semble que cette organisation ait permis au DS d'avoir toujours ses factures dans le tirage pour le remboursement.

- L'ECD du DS de Dosso semble moins présente dans le suivi de la gratuité des soins. L'essentiel du travail est abattu le trésorier du COGES qui s'occupe de la compilation des données après la collecte des fonds. Il fait l'état de la gratuité des soins, des fonds perçus et des frais pour l'évacuation. Il fait tout cela manuellement à l'aide des fiches confectionnées, de ses cahiers et d'une calculatrice. Toutes les données sur le recouvrement des coûts se trouvent avec lui. Il semble bien organisé et cela peut être attribué à la fonction qu'il a occupée dans l'administration publique. En effet, il est receveur des postes à la retraite. Pour lui, c'est cela qui lui facilite la gestion comptable. C'est le trésorier qui fournit à l'ECD les compilations manuscrites pour l'élaboration des factures de remboursement. Dans ce district, les ordinateurs du gestionnaire et du point focal de la participation étaient en panne. Ils ne pouvaient ni établir les factures, ni actualiser les données à partir de leurs machines. Ici, il n'y a pas spécifiquement un point focal de la gratuité, c'est le responsable de la participation communautaire qui joue ce rôle. Une fois les factures établies, elles sont déposées à la DRSP à cause de sa proximité, afin de trouver une occasion (une mission ou un particulier) pour les transporter à la cellule de la gratuité des soins.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

La collecte des fonds, une stratégie de contrôle des centres de santé

Pour mieux suivre le fonctionnement des structures l'ECD de Loga utilise les missions de collecte des fonds pour superviser la gestion des responsables des services de santé. En effet, l'ECD a choisi de faire chaque fois une supervision-surprise d'un CSI et de deux cases de santé par l'équipe de collecte des fonds.

« C'est sur la base de l'analyse du mois passé qu'on dit bon le mois prochain vous aller faire telle case et telle case. Et effectivement ça nous a permis de voir des problèmes de gestion de médicaments. Parce qu'on s'est dit qu'avec la gratuité, s'il n'ya pas une certaine rationalisation, il y aura beaucoup de risques qu'on tombe en rupture de médicaments. Et ça nous a en tout cas aidé à régler beaucoup de choses ».(ECD de Loga)

Compte tenu du caractère imprévisible de la supervision toutes les structures sanitaires tiennent leurs registres à jour. En cas de constat d'un écart entre la consommation et les commandes d'une formation sanitaire, l'ECD dépêche une équipe pour l'auditer. Cet audit est aussi l'occasion de faire une formation sur place au responsable de la structure sur la gestion des outils. Ce suivi régulier et formatif a été possible grâce à la volonté de l'ECD et surtout à l'appui de l'ONG Mercy Corps.

L'utilisation des fonds des COGES

L'arrêté n° 0026/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999, portant création d'une caisse de recouvrement des coûts des soins de santé primaires au district sanitaire a défini la constitution des recettes des caisses des districts sanitaires et leur utilisation.

Concrètement, les caisses des COGES prennent en charge les salaires des percepteurs des CSI et du HD (parfois d'un gardien ou d'un manoeuvre), des trésoriers des COGES des CSI et du DS, et du gérant de la pharmacie du district, ainsi que le carburant pour la collecte des fonds, l'achat du gaz, les frais de déplacements, le carburant pour l'achat du gaz à Niamey, l'achat des médicaments, les frais de réunions techniques. En dehors de celles-ci, toute autre dépense doit être autorisée par l'AG du comité de santé. Mais, dans l'un des DS enquêtés, on a identifié une autre utilisation des fonds du COGES.

Les dépenses inéligibles : compte tenu du fait que l'Etat central n'arrive pas assurer régulièrement le paiement des salaires de certains agents de santé, le DS a mis en place un mécanisme pour assurer la continuité du service. Ils ont avancé le paiement des salaires des agents sur les fonds du COGES en accord avec le trésorier qui fait signer au gestionnaire du DS une décharge. Mais cette pratique peut laisser la porte ouverte à des détournements. Cette pratique n'est pas légale mais elle relève d'une entente entre les responsables du ECD et du trésorier du COGES.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Un cas d'usage irrégulier des fonds du COGES

« Compte tenu du retard de paiement des salaires des ASC par l'Etat, le gestionnaire du district et le MCD ont pris de l'argent dans la caisse du COGES pour payer ces agents, en attendant le versement par l'Etat. Cela s'est passé plusieurs fois et le montant accumulé s'est élevé à 3 millions de francs. Le problème est que même quand l'Etat a versé le salaire des contractuels, le gestionnaire du district n'a pas remboursé le COGES. En fait, c'est le gestionnaire du district qui a utilisé personnellement l'argent. Cette situation a été plusieurs fois expliquée par le trésorier aux différentes missions de supervisions qui ont demandé au gestionnaire de mettre le district dans ses droits. C'est ainsi que le gestionnaire du district a remis des chèques au trésorier du COGES pour prélever chaque mois 100 000 FCFA pour son compte personnel. Cela a permis au trésorier du COGES du district de recouvrer la moitié de l'argent car au bout de quelques mois le compte du gestionnaire n'était plus crédible, car à chaque fois qu'il se rend à la banque on lui dit que la femme du gestionnaire a déjà vidé le compte.

Dans le même district, la caisse du COGES a servi à payer régulièrement pendant presque une année un salaire de 30 000 FCFA à une sage femme qui a été engagée par l'Etat et qui avait eu des difficultés à avoir le rappel de son salaire. Cela a été fait sur instruction du MCD et du gestionnaire. Une fois la situation de la sage femme régularisée, elle a ignoré le COGES et n'a rien remboursé. Pour le trésorier du COGES, ces dépenses ont été imposées par le MDC et le gestionnaire qui sont ses supérieurs hiérarchiques auxquels il obéit. Mais il a pris le soin de faire signer un papier attestant que ce sont eux qui ont ordonné la dépense. » (Un trésorier de DS)

L'absence de collaboration

Le défaut de partage de l'information et l'absence d'esprit d'équipe sont des facteurs qui minent le fonctionnement des services de santé. Certains agents se sentant écartés sont démotivés dans leur travail. Dans un district sanitaire, les membres de l'ECD et ceux du COGES disent que toutes les informations et les activités sont centralisées au niveau du MCD et du gestionnaire. Les autres se sentent écartés, et il y a un laisser aller dans le travail. Les missions et la participation aux ateliers sont accordées selon la volonté du MCD.

« Je devais assister à un atelier de formation à l'intention des gérants des pharmacies à Zinder. Il s'agissait d'une formation sur la gestion des médicaments. Mais le MCD a signé un papier disant que je suis empêché qu'il a remis au chauffeur pour me représenter à cet atelier. Imaginez le chauffeur, un illettré qui est parti à ma place. Le MCD lui a dit à son retour de me faire le compte rendu et il est venu s'asseoir sur cette chaise pour me dire... quoi ? Il n'a rien compris de la formation. C'est juste pour gagner de l'argent qu'il a peut-être partagé avec son patron. Sinon pourquoi on m'empêche d'aller suivre une formation dans l'intérêt du district. Je ne suis pas bien payé pour le travail que je fais ; j'ai un BTS en gestion et ça doit profiter au district. Si on m'en empêche d'arrondir le mois avec les ateliers et les formations, je vais quitter dès que je trouve quelque chose. Je suis ici depuis 2004 et je n'ai jamais eu

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

une formation alors que dans les autres districts, ils sont toujours en formation.»
(Le gérant de la pharmacie)

Le crédit délégué de l'Etat

C'est une subvention annuelle accordée aux établissements sanitaires par l'Etat et qui est directement versée à l'ONPPC. Le crédit délégué est constitué de sommes importantes que l'Etat met à la disposition des formations sanitaires. Par exemple, le CHR a reçu de l'ONPPC des produits d'une valeur de 20 023 671 FCFA sur les fonds de la subvention de l'Etat en 2010. Chaque structure est informée du montant de son crédit. Avant la gratuité, les responsables des structures sanitaires ne s'intéressaient pas beaucoup à cette subvention et l'ONPPC ravitaillait celles-ci sans tenir compte de leurs besoins réels. Ce qui fait que beaucoup de produits périmaient dans les formations parce qu'ils n'étaient pas utilisés. Mais à partir de 2009, compte tenu du retard de remboursement et des problèmes de disponibilités des médicaments, les responsables des structures ont opté pour une rationalisation en faisant les commandes à l'ONPPC en fonction de leurs besoins. La plupart des établissements de santé ont encore des reliquats de leur subvention à l'ONPPC qui ne dispose pas de certaines molécules dont elles ont besoin. Une partie importante de ces produits entre dans la prise en charge de la gratuité des soins.

Tableau 7 : crédits délégués de l'Etat au DS de Loga

Date	Montant (FCFA)
25/02/10	5 856 633
21/04/10	2 856 487
12/10/10	1 858 330
total	10 571 450

Ce tableau montre la valeur des médicaments que l'ONPPC a fournis au DS de Loga au titre du crédit délégué du début de l'année 2010 à novembre 2010.

Les programmes verticaux

Ces programmes verticaux fournissent les médicaments pour la prise en charge de certaines pathologies. Il s'agit des vaccinations, la lèpre, la tuberculose, le noma, le ver de guinée, le VIH/sida, etc. D'importantes quantités de médicaments et de réactifs sont données aux formations sanitaires pour la prise en charge de ces pathologies.

Par exemple, pour le paludisme, qui est la première cause de mortalité de la région, le programme national de lutte contre le paludisme fournit la totalité des ACT et bien d'autres produits (solutés, paracétamols, etc.). Aucune structure de

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

santé du Niger n'achète les ACT (coartem, coartésinate, etc.) indiqués dans le schéma thérapeutique du traitement du paludisme simple.

Les dons des partenaires

Les structures de santé reçoivent souvent des dons en médicaments ou financiers par des partenaires (institutions internationales, ONG et fondations). Depuis janvier 2010, une lettre du MSP a demandé aux formations sanitaires de valoriser et déduire ces dons des factures de la gratuité des soins. Mais cela n'est pas respecté parce qu'il se pose deux problèmes :

- juridique : les dons font partie des biens des COGES, selon les textes sur le RC⁷ et ne peuvent donc être considérés comme un bien de l'Etat à déduire des factures;
- technique : les dons sont constitués de matériel et de médicaments dont les formations sanitaires ne connaissent pas les prix.

La recherche de partenaires de proximité

Compte tenu de l'insuffisance des moyens, les structures de santé ont développé une stratégie de recherche de partenaires de proximité pour avoir des appuis à la mise en œuvre de leurs programmes d'activités annuelles (PAA). Les appuis des partenaires peuvent être ponctuels ou réguliers.

Les appuis ponctuels : ce sont des médicaments, en général, que des ONG apportent directement dans les DS, ou les CSI sur requête de ceux-ci ou par la volonté de ces donateurs. En juin 2010, le DS de Dosso a bénéficié d'un appui ponctuel, suite une requête auprès de l'ONG Plan-Niger pour faire face au problème de disponibilité de médicaments. Plan Niger a ainsi mis à la disposition du district des médicaments pour la consommation d'un mois. Le 06/08/10 l'AFD a fait un don en médicaments d'une valeur de 16 731,481 USD au DS de Loga, qui a également bénéficié de dons de la Lybie et de la fondation Hosante Institue en médicaments. Bien que l'Etat ait demandé la valorisation des dons, cela n'est pas toujours effectué par les formations sanitaires parce que le gérant de la pharmacie du district et le gestionnaire de l'ECD ne connaissent pas la valeur de certaines molécules qu'ils reçoivent.

Les appuis réguliers : certains districts entretiennent un partenariat de proximité durable avec des institutions extérieures qui peuvent financer une grande partie de leurs activités. C'est le cas du DS de Loga qui est beaucoup appuyé par Mercy Corps. C'est une ONG internationale américaine qui est arrivée au Niger avec la crise alimentaire de 2005, dans le cadre de l'urgence. Elle est intervenue à Agades

⁷ L'arrêté n° 0026/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999, portant création d'une caisse de recouvrement des coûts des soins de santé primaires au district sanitaire

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

et dans les départements de Loga et Filingué dans le domaine de la récupération nutritionnelle des enfants malnutris. Mais, à partir de 2008, cette ONG a changé de mode d'intervention. Elle a laissé l'urgence pour se placer dans la mise en œuvre de programmes de développement dans l'agriculture, l'environnement, et la santé.

« Mercy Corps⁸ intervient dans la prise en charge de la malnutrition, dans les activités de dépistage à base communautaire, ce sont des équipes communautaires qui sont mises en place et qui font un dépistage à la base, au niveau même de la communauté. Maintenant s'ils dépistent des enfants à risque, ils les réfèrent au niveau des structures sanitaires, qui eux font le dépistage, si l'enfant est malnutri, ils font la prise en charge. C'est le 1er domaine dans lequel ils interviennent. Ils interviennent aussi dans la santé maternelle. Dans le cadre de la santé maternelle, ils nous appuient dans certaines réhabilitations des infrastructures, ils nous appuient aussi en médicaments, surtout dans le cadre de la santé de la reproduction, que ça soit les ventouses, les équipements aussi, ils nous appuient dans la formation des agents dans a prise en charge de la malnutrition et sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence. » (MCD Loga)

Depuis 2008, Mercy Corps a appuyé le DS de Loga en matériels et équipements médicaux, la construction de CSI, la dotation en médicaments. Tous ces appuis se font à la demande du district. Elle a également assuré la formation en SONU, et à la gestion et la vie associative pour les membres des comités de santé et responsable de structures de santé. En 2009, l'ONG a appuyé le district pour environ 69 millions de médicaments. C'est le premier partenaire du DS et le chef de file des partenaires intervenant à Loga. L'UNFPA et l'UNICEF se sont retirés au profit de Mercy Corps par laquelle ces institutions passent pour appuis aux DS.

« Il y a le FNUAP, qui était un partenaire traditionnel du district, mais ces derniers temps ils sont en train de se retirer pratiquement. Avant c'était le 1er partenaire du district, mais maintenant Mercy Corps est loin devant. » (MCD de Loga)

La gestion des médicaments

La disponibilité des médicaments est un facteur essentiel du dispositif des structures de santé. Elle devient un enjeu important dans le régime de gratuité des soins.

Au CHR de Dosso

Le CHR dispose de deux pharmacies : la pharmacie du CHR et la pharmacie de cession

- La pharmacie du CHR est alimentée par les crédits délégués de l'Etat et les dons. Elle assure la disponibilité des médicaments nécessaires au bon

⁸ Le responsable de Mercy Corps à Loga a refusé de nous accorder un entretien en absence d'une autorisation de ses supérieurs hiérarchiques à Niamey. Nos autorisations du MSP et de la DRSP n'ont pas suffi.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

fonctionnement des différentes unités. Ces produits ne sont pas facturés aux malades. Mais en cas de manque de certaines molécules dans la pharmacie du CHR, les commandes des unités sont complétées par les produits de la pharmacie de cession qui sont alors par contre facturés au CHR.

« On amène le bon de commande ici que je vais étudier. Comme il ya des dons qui sont là pour l'Etat, je regarde ce qu'on peut donner et là aussi je valorise. C'est une forme de gratuité puisque c'est l'Etat qui a donné ça et les dons aussi. Donc ! Ce qu'il n'y a pas dans le don, je prends ça au niveau de la pharmacie de cession. Je valorise aussi. A la fin du mois j'ai les deux sommes, ce que l'Etat a donné, ça ne me concerne pas ; mais ce que j'ai pris ici (pharmacie de cession), c'est ça qui me concerne et je mets la somme. On doit être remboursé si l'argent est venu. Donc la fin du mois je prends les différentes sommes que j'additionne et je fais une facture adressée à l'administration. » (Gérant de la pharmacie)

Chaque unité dispose d'une quantité maximale autorisée de produits définie par le conseil médical. La commande qui est mensuelle consiste à compléter ou à renouveler la quantité autorisée. Mais les unités peuvent toutefois faire des commandes d'urgence avant la fin du mois en cas de rupture.

- La pharmacie de cession a une gestion autonome. Elle fonctionne sur la base du recouvrement des coûts. Les recettes du RC servent à renouveler le stock de médicaments et des outils de gestion. Cette pharmacie a été créée en 2004 avec l'appui de la CTB en vue de rendre disponibles et accessibles les médicaments pour le CHR et les usagers.

« C'est une auto gestion, c'est-à-dire c'est une pharmacie qui a été créée dans le CHR par des partenaires au début. Parce que si on attend l'Etat, il n'arrive pas à faire tourner les différents services, donc il faut créer une pharmacie, pas pour avoir de l'argent, mais permettre de vendre récupérer et aller acheter pour pouvoir faire fonctionner les différents services de l'établissement. C'est donc dans ce cadre que c'est créer, maintenant lorsque c'est créer, avant c'était par les belges, ils font financé le démarrage ». (Gérant de la pharmacie)

Les ressources de cette pharmacie proviennent de la vente des médicaments aux usagers et au CHR. Pour le ravitaillement, le gérant de la pharmacie de cession fait des commandes mensuelles auprès des centrales pharmaceutiques. En fait, les achats sont effectués en priorité à l'ONPPC. Mais cette institution nationale chargée d'approvisionner les établissements de santé publique en médicaments arrive à peine assurer 20% de leurs besoins, selon le gérant de la pharmacie. C'est pourquoi l'Etat a autorisé les centres de santé à acheter les médicaments complémentaires auprès des centrales privées (DAHI CO, Pharmatec, Saphar, Copharni, etc.).

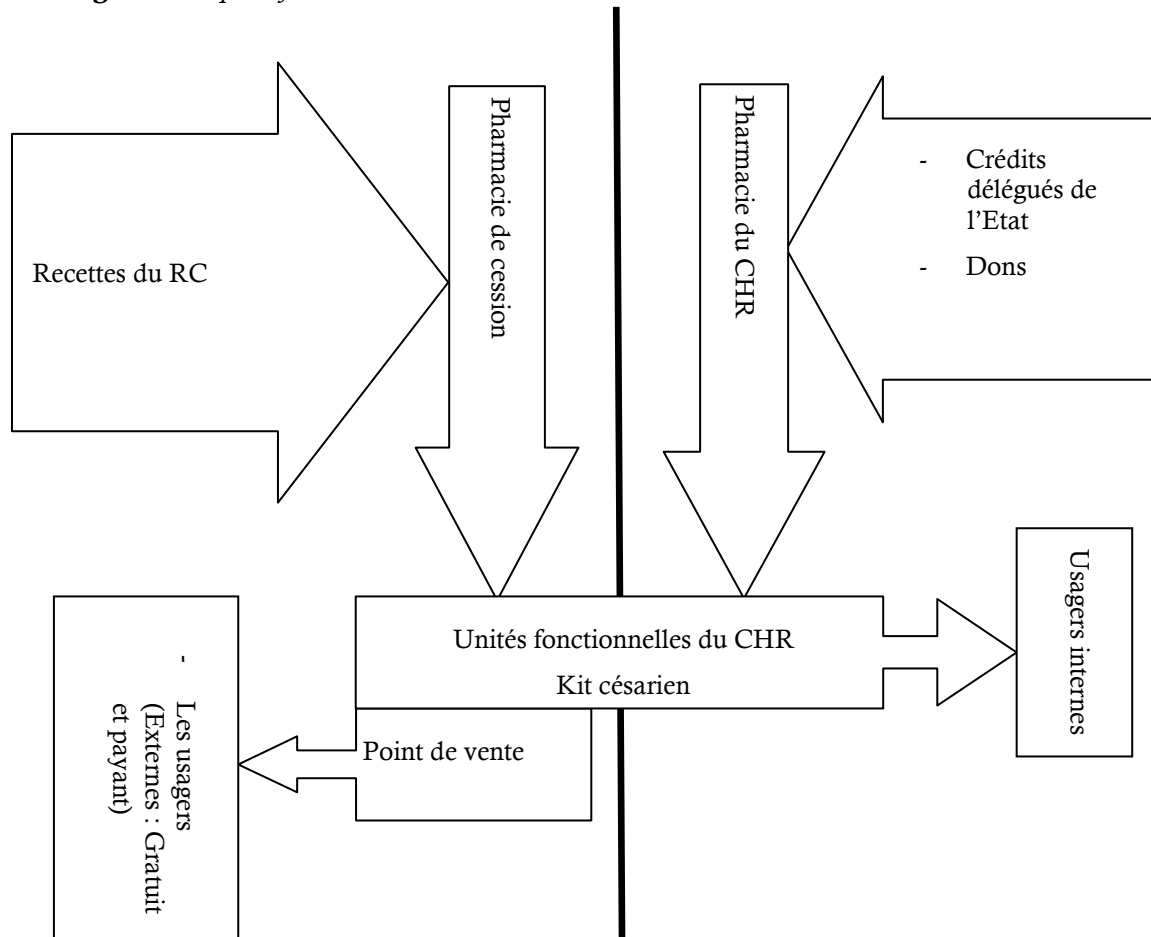
C'est le gérant de la pharmacie de cession qui gère en même temps la pharmacie du CHR, compte tenu du fait que le CHR ne dispose pas de pharmacien depuis le départ du premier en 2009. Le gérant de la pharmacie de cession est un contractuel recruté en 2007 pour remplacer le premier qui a quitté pour aller étudier. La double gestion pose un problème au gérant, c'est le risque de mélanger des produits de provenances différentes.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

« La gestion est difficile. En vérité une seule personne ne peut pas gérer les deux, je ne te cache rien, il faut une séparation totale des deux pharmacies, tu ne peux pas faire les deux gestions en même temps. Ce n'est pas les mêmes choses et ce n'est pas bon, les produits ne sont pas les mêmes et ce ne sont pas les mêmes provenances. » (Le gérant de la pharmacie)

Ce problème peut se poser surtout quand il y a une rupture d'une molécule de la pharmacie de cession et qu'elle soit disponible à la pharmacie du CHR. Dans ce cas, le gérant ravitaille la pharmacie de cession à partir de celle du CHR et rembourse une fois que sa commande est disponible.

Figure 1 : dispositif de ravitaillement et de distribution des médicaments au CHR

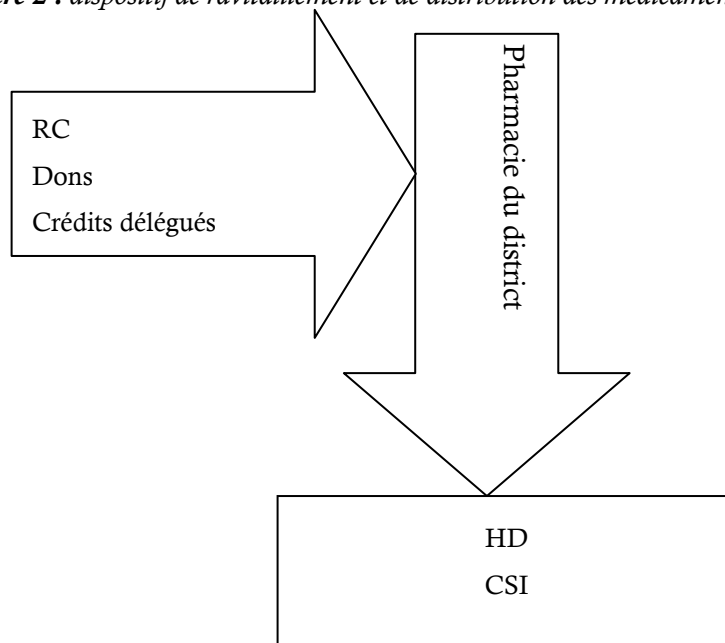


*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Au niveau du district sanitaire

Les districts sanitaires possèdent une pharmacie de district qui reçoit en même temps les produits achetés par les recettes du RC, les dons des différents partenaires et les crédits délégués. La pharmacie du district sert à ravitailler les CSI et l'HD.

Figure 2 : dispositif de ravitaillement et de distribution des médicaments du DS



Évaporations des médicaments

Quand on analyse la gestion des médicaments, à partir des entretiens et des observations, on constate d'importantes évaporations. Il y a des pertes de médicaments tout au long de la chaîne. Certaines évaporations ne sont pas constatées sur le champ, à cause d'un défaut de contrôle régulier. Les niveaux de déperdition de médicaments sont nombreux.

Le point de vente du CHR

Le point de vente se trouve au niveau de l'aiguillage de l'hôpital. Il est ravitaillé par la pharmacie de cession. Il sert à servir les ordonnances des usagers payants et celles des bénéficiaires de la gratuité des soins. Trois vendeuses y travaillent et se

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

relaient chaque 24 heures. Le point de vente dispose de trois armoires de médicaments réparties entre les vendeuses.

« Chacun gère son armoire et ses produits. Et chacune de nous fait sa propre commande aussi chaque matin. Voilà ma commande de ce matin. On fait les commandes chaque jour pour qu'on ne soit pas en rupture alors qu'on fait la garde. » (Une vendeuse)

Normalement, les commandes sont mensuelles et elles devaient se faire à partir d'un inventaire. Mais les vendeuses les font à partir d'un constat visuel de la réduction d'une molécule dans les rayons.

« Tu vois dès qu'un produit commence à finir je le note sur une liste et avant même qu'il manque complètement je lance sa commande auprès du gérant. Par exemple tu vois ce produit il reste seulement cette rangée, dès que je suis à la moitié de la rangée je vais commander le produit. » (Une vendeuse)

Les vendeuses estiment qu'elles sont débordées par le travail à cause de l'affluence des malades et de l'enregistrement des reçus de la gratuité des soins qu'elles font pendant les heures de repos.

« Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confrontés ?

R : C'est surtout la surcharge du travail parce que quand je quitte mon travail, à la maison je ne peux plus rien faire tellement je suis fatiguée. Normalement à la pharmacie on ne doit pas laisser une seule personne, tu as vu tous les malades qui venaient ce matin, est ce qu'une seule personne peut les satisfaire tous ? On a toujours réclamé un aide mais rien n'est encore fait ! » (Une vendeuse)

En fait, chaque jour c'est une seule vendeuse qui travaille. C'est elle qui reçoit les ordonnances, elle va chercher les produits dans les rayons et elle remplit les reçus avant de délivrer les produits aux patients. Elle passe la journée à faire des allers et retours entre les rayons et le guichet. Elles ont mémorisé les prix des produits les plus utilisés qu'elles inscrivent directement sur l'ordonnance, sans regarder la liste des prix.

Compte tenu de cette surcharge du travail, elles n'arrivent pas à réaliser certains rudiments de gestion, comme l'inventaire qui permet de contrôler l'utilisation des médicaments.

« Q : Vous ne faites pas d'inventaire ?

R : Si, nous faisons ça tous les trois mois avant, mais maintenant, on a trop de travail. Il faut voir c'est moi seule qui fait tout ça, et il y a les obligations au foyer, je ne me repose jamais. Tu vois même pour faire le calcul de la gratuité c'est un problème pour moi. Et ce sont les jours où je ne suis pas de garde que je viens faire tous les calculs. » (Une vendeuse)

Les ordonnances de la gratuité des soins sont servies au point de vente. Ensuite, les reçus de la gratuité sont comptabilisés à part et stockés dans un carton. A la fin de chaque mois, ils sont remis au gérant de la pharmacie, qui fait le total de la valeur des médicaments dispensés au titre de la gratuité et établit une facture au

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

CHR en attendant le remboursement par l'Etat. Mais, les vendeuses ne sont pas à jour quant à la situation des produits consommés par la gratuité. Elles ont au moins un mois de retard de reçus de gratuité à enregistrer sur la fiche de demande de règlement. En effet, l'une des tâches des vendeuses est le remplissage de la fiche récapitulative des reçus de la gratuité des soins. Pour elles, cela ne pose aucun problème, parce que mêmes les factures établies attendent d'être payées. Ce retard devient plus important au niveau du gérant où les fiches de la gratuité sont saisies et transmises à la direction du CHR. Le travail de saisie est confié à un appelé de service national mis à la disposition du CHR. Mais cet agent ne vient que rarement au service ; ce qui fait que les fiches s'accumulent de jour en jour. Ici, il s'agit du rapport entre le CHR et la pharmacie de cession dans la mise en œuvre de la gratuité des soins. Cela concerne uniquement les médicaments utilisés dans la prise en charge de la gratuité que l'hôpital régional va rembourser à la pharmacie. Par ailleurs, le remboursement par l'Etat se fait sur la base des tarifs définis (50 000 FCFA pour une césarienne, 30 000 FCFA pour une intervention chirurgicale sur des enfants de moins de cinq ans, par exemple). Il s'agit d'une gestion à part effectuée par un « comité de la gratuité des soins » composée des agents de l'administration du CHR, le gestionnaire, le surveillant et l'épidémiologiste. A la fin du mois, le comité élabore les factures de remboursement pour la césarienne et les enfants de 0 à 5 ans à partir des fiches des différences unités ayant effectuées des prestations gratuites. Le CHR envoie alors les factures à la cellule de la gratuité des soins avant le 15 du mois en profitant d'une mission ou d'un agent en déplacement sur Niamey.

Au niveau du point de vente l'accent est particulièrement mis sur la gestion financière. En effet, à la fin de la journée de travail, la vendeuse fait la situation financière c'est-à-dire qu'elle vérifie si la somme sur le quittancier des reçus correspond au montant physique, avant d'aller faire le versement au caissier du CHR qui fait aussi la même vérification. Quant au suivi des sorties des médicaments, il ne se fait pas. En effet, le registre d'utilisation des médicaments (RUMEG) qui donne la situation de la sortie de chaque molécule, n'est pas tenu à jour.

Par ailleurs, certaines pratiques du personnel de santé engendrent l'évaporation des médicaments :

- Sorties de médicaments non enregistrées : des infirmiers entrent directement dans le point de vente pour prendre des médicaments pour des patients quand il y a du monde au guichet. Parfois, l'infirmier ne ramène pas l'argent et la vendeuse oublie de demander. Ce type d'évaporations sans trace ne pourrait exister s'il y avait un contrôle sérieux basé sur la confrontation des outils de gestion (bon de commande, registre d'utilisation des médicaments, etc.)
- Des demandes de règlement invalides : quand une ordonnance est prescrite dans le cadre de la gratuite, elle doit d'abord porter un numéro à la perception avant d'être servie au point de vente. Mais des infirmiers mettent de faux numéros sur l'ordonnance pour prendre des médicaments

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

au point de vente. Ces ordonnances sont décelées au niveau de l'administration, où le gestionnaire vérifie la concordance des numéros. Elles sont inéligibles au titre du paiement de la gratuité des soins et constituent des pertes de médicaments pour le CHR. Devant l'ampleur de cette pratique, l'administration du CHR a sorti une note qui a interdit aux infirmiers de prescrire des ordonnances. Seuls les médecins sont autorisés à prescrire des ordonnances. Pour les infirmiers, cette décision allonge le temps de la prise en charge des malades dans la mesure où les médecins ne sont pas toujours sur place. Devant des cas urgents, il faut attendre le médecin ou aller le chercher avant de commencer à traiter le malade, ce qui pourrait aggraver son état.

« Par exemple même avant-hier on a eu une note de service qui dit qu'il faut que le médecin signe ; si le médecin ne signe pas, c'est toute une tractation qui peut même blesser - si je peux le dire- l'intéressé (le patient). Parce que ça met du retard dans la prise de décision ; parce qu'il faut chercher le médecin. Avant vraiment ! Il n'y a pas de problème, l'agent, tu fais ton ordonnance, tu signes, tu donnes à la maman, elle part, elle amène, tu fais ton traitement. Mais maintenant il faut chercher un médecin, même s'il est au bloc par exemple il faut attendre sa sortie. » (Un agent de la chirurgie)

Le kit césarienne

Le kit césarienne est l'ensemble de produits nécessaires à la prise en charge de la césarienne, depuis la préparation, jusqu'au suivi après l'intervention. Le kit est constitué de médicaments provenant de trois sources différentes :

- Les médicaments issus du recouvrement des coûts.
- Les médicaments provenant des dons.
- Les médicaments achetés avec les crédits délégués de l'Etat.

Des tarifs améliorés : au CHR, le kit est fourni en grande partie par la pharmacie de cession. C'est un assemblage des produits dans des cartons ou des sachets en plastique entreposés au niveau de la pharmacie. Les produits issus de la pharmacie de cession ont été achetés à des montants parfois supérieurs au tarif que l'Etat rembourse pour une césarienne au CHR (qui est de 50 000 FCFA).

« Q : Une césarienne normale peut vous coûter combien ?

R : Normalement, au niveau de l'Etat c'est 50 000f, à notre niveau avant c'est dans les 54 000 et quelques » (le gérant de la pharmacie)

La facture est plus lourde pour les cas de césarienne compliquée.

« Maintenant en cas de complication, il y a d'autres kits qu'on peut utiliser, le kit éclamptique par exemple on leur sert ça gratuitement. Et s'il y a d'autres complications, si c'est le médecin, une infirmière qui fait une ordonnance gratuite, on lui donne. » (Gérant de la pharmacie)

Mais à partir de 2008, le coût de la césarienne a diminué au profit du CHR.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

« Mais maintenant c'est réduit, c'est même beaucoup réduit, c'est raisonnable, c'est moins cher que ce que l'Etat propose.. » (Gérant de la pharmacie)

Cette réduction est due à plusieurs facteurs :

- la disponibilité de médicaments dans la pharmacie du CHR qui a réduit l'utilisation des médicaments de la pharmacie de cession dans les kits césarienne ;
- la réunion du conseil médical qui a revu à la baisse la quantité de certains produits du kit.

« R : On a diminué : avant les sérums, on donnait 4+4+6=14. Maintenant on donne seulement 6 en tout et pour tout au lieu de 14.

Ampi, c'était 48, donc 24 flacons. Maintenant on donne 6 flacons. Les fils, c'est 2, 2, 2 ; avant on donnait 3, 3 et 2. Donc, avant c'était 8 et maintenant 6, c'est suite à un conseil médical que ça été décidé. » (Le gérant de la pharmacie)

A Loga, les produits ne sont constitués sous forme de kit. Les unités de l'HD disposent d'une pharmacie de dispensation qui fait une commande mensuelle. Ce sont les mêmes produits qui sont utilisés pour la prise en charge de la césarienne et pour les autres types de pathologies. Le bloc opératoire dispose d'une importante quantité de médicaments issus de dons de l'UNICEF, du UNFPA et bien d'autres partenaires.

« A l'occasion de l'ouverture on a eu une dotation de médicaments avec le PAPDS, un partenaire belge et par la suite il y a eu des kits que l'Unicef aussi a appuyé, c'est grâce à ça que ça fonctionne. Il n'y a pratiquement pas de problème au bloc. Il ya des kits suffisants qui nous permettent de prendre en charge toutes les césariennes. » (MCD de Loga)

Depuis le début de la gratuité de la césarienne, ce sont ces dons de médicaments qui sont utilisés pour la césarienne et toutes les opérations chirurgicales.

Les kits incomplets : si pour le DS de Loga, les produits sont stockés sur place, en ce qui concerne le CHR, la patiente se déplace avec les produits du kit dans les différents services concernés par la césarienne. De la maternité, la patiente passe au bloc opératoire, puis à la salle de réanimation et enfin à la salle d'hospitalisation post-couches. Au cours de cette trajectoire, le kit est manipulé par des agents différents. A tous les niveaux, des produits du kit peuvent disparaître parce que :

- certains agents oublient de remettre les produits dans le paquet ;
- d'autres détournent les produits pour une utilisation personnelle.

En tout état de cause, en cas de kit incomplet, il y a toujours une ordonnance complémentaire gratuite qui est établie pour chercher les produits manquants au point de vente.

La prescription des spécialités

Du commencement de la gratuité, jusqu'au début de l'année 2010, les médecins du CHR prescrivaient des ordonnances de médicaments de spécialité aux enfants de 0 à 5 ans bénéficiant de la gratuité des soins. C'est le CHR qui prenait en charge l'achat de ces ordonnances auprès des pharmacies privées de Dosso.

« Quand il n'y a pas de produits, le malade va avec son ordonnance au niveau de l'administration, on lui met un cachet et il part au niveau des privées prendre les produits, on ne paye rien. Donc eux là bas ils gardent la souche blanche et ici notre caissier garde la souche jaune. Quand le remboursement arrive, ils font le compte et on les rembourse. Bon je ne sais pas pourquoi ça été arrêté ! Et peut être qu'ils n'ont pas la patience d'attendre le remboursement c'est pour cela qu'ils ont arrêté ça à leur niveau. Nous on nous a dit juste de ne plus envoyer les malades pour qu'on leur mette le cachet, c'est tout. » (Une vendeuse du point de vente)

Une fois qu'un médecin avait prescrit un médicament de spécialité, le patient amenait l'ordonnance à l'administration du CHR où le directeur ou le gestionnaire (selon la disponibilité de l'un ou de l'autre) établissaient un bon qui permettait au patient d'aller à la pharmacie privée la plus proche pour prendre gratuitement le produit prescrit. Le gérant de la pharmacie privée pouvait se rendre à tout moment au CHR pour se faire payer par le gestionnaire qui établissait le cheque, parce que le CHR avait la disponibilité financière. L'achat des produits de spécialité a coûté au CHR environ 500 000 FCFA par mois. Les plus gros achats revenaient à la pharmacie *Saraounia* qui plus proche du CHR.

Certains infirmiers du CHR soupçonnent une complicité entre les médecins et le gérant des pharmacies privées dans la prescription des spécialités. Mais pour les responsables du CHR, l'achat de spécialités pour les bénéficiaires de la gratuité entre dans le cadre de la prise en charge intégrale de la gratuité. Autrement dit, les médecins sont libres de prescrire le type de médicament (spécialité ou générique) qu'ils estiment efficace pour le traitement du malade, sans différence entre les catégories de clients (payants et gratuits). Étant donné que les soins aux enfants de 0 à 5 ans sont gratuits, le CHR en assure la prise en charge intégrale en achetant les médicaments.

Cependant, en février 2010, l'administration du CHR a décidé que les médecins devaient prescrire désormais en priorité les produits qui existent dans les pharmacies de l'établissement. Pour cela, la pharmacie de cession a été renforcée en assurant 20% de produits de spécialité dans les commandes de médicaments.

Certains agents semblent faire un lien entre l'arrêt de l'achat des spécialistes par le CHR et le coup d'Etat du 18 février 2010.

« Bon ! Depuis le coup d'Etat, il y a eu un changement ; nous quand on donne l'ordonnance aux mères quand elles vont là bas on leur dit d'aller acheter, bon nous notre problème c'est d'avoir le produit pour faire le soin, le reste ça ne nous concerne pas ». (Un agent de la chirurgie)

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Cet arrêt de la prescription des spécialités a joué sur les rapports entre les vendeuses du point de vente et les parents des bénéficiaires de la gratuité des soins qui n'ont pas compris la décision de l'administration du CHR.

« Nous avons même eu des problèmes avec ça car les malades nous demandent pourquoi on leur a dit d'arrêter d'aller prendre les médicaments au niveau des pharmacies ? On leur a dit que nous sommes aussi des exécutants, on ne sait rien là-dessus. » (Une vendeuse)

En effet, malgré les instructions de l'administration, certains médecins continuent à prescrire des ordonnances de spécialité, notamment pour des pathologies dont la prise en charge l'exige.

Q : Vous pensez qu'il y a des traitements qui nécessitent des spécialités ?

R : Oui, par exemple pour les brûlés là il faut flamasine parce que ça fait vite sécher et ça enlève les croûtes là, ça rend lisse. Si on pratique l'hygiène ça ne va pas durer.» (Major de la chirurgie)

En fait, le coup d'Etat qui a conduit au changement de régime de Tandja (très attaché à la gratuité des soins) semble avoir été une opportunité pour l'administration du CHR de revenir sur l'achat des ordonnances de spécialités qui alourdissait ses dépenses alors que les remboursements connaissaient beaucoup de retards.

« Si on continue les caisses risquent d'être vides ; or il faut savoir manager. Mais ça vide rapidement notre caisse s'il n'y a pas d'entrées. » (Le gérant de la pharmacie)

De leur côté, les usagers étaient habitués à prendre gratuitement les produits de spécialités auprès des pharmacies privées. Pour eux, l'achat de produits de spécialités par le CHR et la gratuité des soins sont une volonté du Président de la République. Les mères des enfants de moins de cinq n'ont pas apprécié l'arrêt de cette mesure. Certaines disent ne pas comprendre les raisons de cet arrêt :

« Seul Dieu sait pourquoi ça a été arrêté »

Mais pour d'autres, il s'agit d'un refus de l'administration de l'hôpital d'acheter les spécialités pour les enfants.

« Lorsque le médecin a fait l'ordonnance, je suis venue à la pharmacie de l'aiguillage. Là, la femme m'a dit d'aller à l'administration. Quand je suis partie là-bas, ils ont refusé et j'ai dû aller à la pharmacie acheter les produits pour mon enfant. » (Mère d'une fille de 9 mois)

En fait, dans leurs discours, les usagers ne semblent pas associer cet arrêt à la fin du régime de Tandja.

En définitive, la prescription et l'achat des spécialités est un choix des responsables locaux de la santé, dans un contexte politique national favorable à la gratuité des soins. Bien que cette mesure ait constitué un poids financier au CHR, sa mise en application a pu continuer jusqu'à la chute du régime de Tandja.

Les ruptures de médicaments

Les ruptures de médicaments sont fréquentes et sont de plusieurs types.

- Les ruptures peuvent être dues à une mauvaise évaluation de la consommation mensuelle: le médicament peut se trouver au niveau de la grande pharmacie et manquer dans certaines structures de santé. Ce type de rupture est dû à un problème d'évaluation de la commande mensuelle qui se calcule de la façon suivante :

$$CMM \text{ (consommation moyenne mensuelle)} \times 2 + \text{stock de sécurité} - \text{stock restant}^9.$$

La plupart des percepteurs ne tiennent pas compte de cette méthode pour faire leurs commandes parce qu'elle est compliquée pour certains et ignorée par d'autres. Ce qui fait que certaines formations sanitaires font des ruptures alors que les médicaments sont disponibles dans la pharmacie du district. Ce sont généralement des ruptures de courte durée d'une journée à une semaine selon la proximité avec la grande pharmacie. Dans ce cas, les structures sanitaires font une commande d'urgence.

- Les ruptures peuvent aussi être liées à un manque de disponibilité financière du fait des retards dans le remboursement par l'Etat, du manque de partenaire de proximité, et de l'utilisation abusive des fonds et des médicaments. En effet, dans certaines structures l'insuffisance des moyens financiers ne permet de commander que la moitié de leurs besoins en médicaments. Ce qui engendre des ruptures ponctuelles ou régulières de molécules, notamment des sirops pédiatriques qui sont très chers.

« Parce qu'il y a des produits qui coûtent chers qu'on n'arrive pas à assurer pour le 30 jour du mois, parce qu'on peut avoir la rupture de cette molécule. Un traitement qui n'est pas au complet ce n'est pas de qualité ». (Un membre de l'ECD du DS de Dosso)

- Il y a aussi des ruptures nationales : une ou plusieurs molécules peuvent manquer au niveau de l'ONPPC, des centrales pharmaceutiques ou d'un programme vertical pendant longtemps de telle sorte que les pharmacies consomment la totalité de leur stock.

Face aux ruptures de médicaments, les structures sanitaires, le personnel de santé et les usagers adoptent des stratégies d'adaptation :

⁹ Cette formule nous a été donnée par les gérants des pharmacies

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Les structures sanitaires

Le contournement du protocole thérapeutique. D'août à octobre 2010, il y a eu une rupture nationale des ACT au niveau du programme national de lutte contre le paludisme. Devant cette situation de pénurie et pour assurer la continuité du service, certaines DS ont modifié le schéma thérapeutique national. En effet, certaines catégories de patients ont été progressivement retirées dans la prise en charge du palu par le coartem : d'abord, les usagers payants (adultes et enfants au-dessus de 5 ans), puis les enfants au-dessus de 3 ans : seuls les enfants âgés de 0 à 3 ans ont bénéficié du traitement avec le coartem.

L'arrêt de l'achat des molécules trop chères. Les sirops pédiatriques ont complètement disparus des commandes des centres de santé ayant des difficultés financières. La prise en charge des enfants se fait uniquement à la base de comprimés que le parent casse en doses, puis dilue dans de l'eau.

Les dons de produits par des structures de santé : devant une rupture nationale de solutés, le DS de Loga a fait don au CHR de 960 flacons de glucosé 500 mg et au DS de Filingué de 540 flacons de glucosé 500 mg et 96 flacons de glucosé 15%. Mais il s'agit de produits qui allaient périmer en janvier 2011 et qui venaient des dons des partenaires.

Le personnel de santé

Pour assurer, malgré la pénurie, la délivrance des médicaments, le personnel de santé utilisent certaines stratégies, plus ou moins appréciées par les usagers.

Le « *bout de papier/ordonnance* » : de nombreux agents de santé ne prescrivent pas à l'intention des pharmacies privées des ordonnances en bonne et due forme aux bénéficiaires de la gratuité des soins, parce que les autorités l'ont interdit, pour lutter contre cette pratique des « doubles ordonnances ». Pour cela, certains inscrivent le nom du produit à acheter sur un bout de papier sans cachet, ni signature, afin de ne pas laisser le client sans soin.

Par contre, d'autres disent oralement à la mère de l'enfant le nom du produit qu'elle doit aller acheter à la pharmacie privée. Le problème est que les parents illettrés ne peuvent pas retenir le nom des produits.

« L'infirmier m'a dit qu'il n'y a pas de médicament et il a refusé de me faire une ordonnance. Il m'a dit oralement le nom d'un produit à acheter pour mon enfant. J'ai lui que je n'ai pas fait l'école et que je ne peux pas retenir ce nom ; de laisser tomber. C'est pourquoi je suis venue à l'hôpital et la aussi on me dit de retourner là-bas, qu'ils ne peuvent me soigner parce qu'il y a du monde. » (La mère d'un enfant de deux ans)

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Les usagers

Le recours au parrainage : dans la commune urbaine de Dosso où les CSI ne disposent pas de médicaments alors que le CHR en dispose, les usagers s'appuient sur les relations sociales qu'ils ont pour accéder directement aux services de soin de l'hôpital sans passer par le système de référence.

« Il n'y a rien dans les CSI et comme j'ai un parent qui est infirmière à l'hôpital, je lui téléphone quand mon enfant est malade. Elle me dit de venir à l'hôpital quand elle travaille ; si c'est pendant ses heures de repos elle me dit d'aller voir un tel à son nom. » (La mère d'un enfant de 3ans)

Il y a aussi des agents de la DRSP qui accompagnent ou recommandent leurs parents ou leurs connaissances malades à l'hôpital de Dosso.

« Il y a beaucoup de cas ordinaires qui viennent ici et généralement ce sont des "protégés" » (la majeure de l'aiguillage du CHR)

La demande de référence : certains parents, qui ne sont pas satisfaits des soins dans les CSI, demandent à ce que leurs enfants soient référés à l'hôpital. Ces références « à la demande du patient » sont prises en charge au niveau du CHR, contrairement aux personnes se rendant directement sans référence ni parrainage, qui sont le plus souvent refoulés en cas d'affluence de malades et selon l'humeur des infirmières de l'aiguillage du CHR.

« Même si c'est un cas simple et il ya des rubriques qu'on coche parce qu'il y a des références sur demande. Il y a des mamans qui viennent et veulent qu'on les réfère au CHR. » (Le chef d'un CSI de Dosso)

Le changement d'aire de santé : des parents d'enfants de 0 à 5 ans préfèrent se déplacer et quitter carrément l'aire de santé du district sanitaire pour se rendre dans les CSI relevant d'un autre district, où les produits sont disponibles. Ce type de gratuité engendre alors des frais de transport.

La trajectoire d'une usagère

« Son enfant est âgé de 9 mois et souffre de fièvre et de manque d'appétit. Il a fréquenté le CSI de Kabey qui est un village de Balleyera relevant du DS de Filingué. Pour la femme, l'infirmier ne s'est pas bien occupé de son enfant. Chaque fois, il lui dit qu'il n'y a pas de médicaments. L'infirmier lui a dit d'acheter des produits parce que les CSI de Kabey n'en disposent pas. Elle a acheté 4 flacons de sirop. Elle a aussi plusieurs fois acheté des médicaments auprès des vendeurs ambulants contre la fièvre à 50 et 100 F l'unité selon le produit.

Compte tenu du fait que l'état de santé de son enfant ne s'est amélioré pas, elle s'est rendue dans le CSI de Boubeyzeino qui est attaché au DS du Boboye à une quinzaine de kilomètres. Elle s'est rendue à quatre reprises dans ce CSI et chaque fois son enfant a reçu une injection et comme la maladie de l'enfant persistait, l'infirmier du CSI de Goubeyzeino l'a référée au CHR de Dosso pour une prise en charge par un spécialiste.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Le transport lui a coûté 2000 FCFA. Elle a aussi payé à chaque épisode de maladie 125 FCFA aux CSI de Kabey et Goubey zeino.

Pour elle, la gratuité des soins n'est pas du "dogonay" (un soulagement) parce que son enfant n'a pas bénéficié de traitement efficace, ni de médicaments.».

Les factures abusives des structures de santé

Les tarifs des soins des enfants de 0 à 5 ans ont été uniformisés dans toutes les structures de santé suite à l'introduction de la gratuité. Pour tout traitement d'un enfant de 0 à 5 ans, l'Etat paie 500 FCFA pour la consultation et les médicaments et 100 FCFA pour le carnet de santé. En réalité, les structures de santé qui connaissent des ruptures fréquentes de médicaments ne fournissent pas la totalité des prestations aux enfants, alors même qu'elles font les factures de remboursement sur la base du tarif prévu. Le bénéficiaire de la gratuité des soins se rend d'abord à la perception pour prendre le carnet de consultation et le reçu de la gratuité des soins (autrement dit le forfait est enregistré dès lors comme dû par l'Etat) avant de passer au tri pour la consultation et les médicaments. Mais dans bien des cas, le parent a juste le temps de dire de quoi souffre son enfant avant d'entendre le soignant lui dire qu'il n'a pas de médicaments. Cette consultation expéditive sans médicaments sera pourtant facturée à l'Etat|500 FCFA

Les examens de laboratoires : des tarifs catastrophiques pour certains HD

Dans toutes les structures de santé, les laboratoires sont des services qui consomment des réactifs coûteux et rares sur le marché nigérien. Le tarif de 700 FCFA pour un examen est insuffisant pour renouveler les réactifs de laboratoire.

« Vous voyez, c'est quand même assez ahurissant ! Moi ça m'a fait peur en tant que responsable. Je vous donne le montant ici, ah non, c'est 1 million. Ils ont consommé .1585.000 FCFA et ils ont rapporté 116 900 FCFA. Vous voyez, l'écart est quand même assez important. Bon tout ça quand même c'est clair que la gratuité a augmenté cet écart. Sinon on sait de tout temps que 700 FCFA ne peuvent pas couvrir les frais des réactifs. Mais quand même ça été aggravé par la gratuité. Moi je pense qu'il serait juste que tous les examens soient facturés et on fait les factures en fonction du nombre d'examens que la femme a reçu. Puisque les examens peuvent varier en fonction ou de la disponibilité de l'examen ou du plateau technique, c'est plus juste. Moi en tout cas c'est surtout là que j'ai constaté qu'on a des problèmes. »
(MCD de Loga)

Mais c'est qui est catastrophique pour le laboratoire du HD de Loga, c'est la gratuité de la CPN qui englobe un certain nombre d'examens de laboratoire demandés aux femmes enceintes. La CPN se fait au CSI de Loga, mais les examens se font à l'HD. Pas moins de six examens sont faits gratuitement aux femmes. Tout cela est inclus dans le forfait de 700 FCFA. Ce forfait est encaissé par les CSI au détriment du HD qui dispose du laboratoire. Même si cela se fait dans le cadre de la prise en charge intégrée des soins (il y a une complémentarité des soins entre les CSI et l'HD du même district), les tarifs des examens pour la

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

CPN sont désavantageux aux services de laboratoire et ils épuisent énormément les recettes du DS.

« Surtout que si vous prenez ce qui se passe ici, vous avez, la CPN se fait au CSI, ça veut dire que le forfait de la CPN est versé au CSI, mais les examens se font à l'hôpital. Et ces examens sont faits ici gratuitement mais il n'y a pas de traces, ça pose problèmes. Même si demain il y a audit ça peut poser énormément de problèmes aux agents. On a eu beaucoup de difficultés, mais ils ont dit c'est une instruction il faut appliquer, parce qu'on dit que c'est gratuit. Si vous n'appliquez pas on va dire que vous ne faites pas de la gratuité. On l'applique et ça nous coûte extrêmement cher et c'est un problème. Aujourd'hui vous allez voir le nombre d'examens qu'ils ont fait, le coût que ça a coûté à l'hôpital mais qui n'est pas remboursé. Ça veut dire que c'est sur le dos de l'hôpital, moi je trouve que ce n'est pas normal. Si on ne peut pas rembourser ces examens, au moins revoir le montant du forfait. » (MDC de Loga)

Les laboratoires des structures ayant des difficultés financières ont arrêté la plupart des examens ; ils ne font que quelques tests avec des réactifs fournis par les programmes verticaux (comme la tuberculose). Par contre, il semble que certains DS de la région font payer les femmes pour ces examens.

IV. LE SYSTÈME DES CENTIMES ADDITIONNELS

La région de Dosso a mis en place un système de référence-évacuation basé sur le centime additionnel. Pour chaque consultation d'un épisode de maladie, l'utilisateur (bénéficiaire de la gratuité ou non) paie 100 FCFA pour les frais d'évacuation (essence de l'ambulance, indemnités de déplacement du chauffeur et du garde). D'autres centimes additionnels ont été ajoutés. L'utilisateur d'un CSI paie en plus 25 FCFA pour l'entretien du centre de santé; l'utilisateur de la case de santé paie 25 FCFA pour l'entretien de la case et 25 FCFA pour l'entretien du CSI de rattachement.

Tableau 8 : Le coût de l'accès à la gratuité des soins

Frais pour	CHR	HD	CSI	Case de santé
Evacuation	0F	100F	100F	100F
Entretien CSI	0F	0F	25F	25F
Entretien CS	0F	0F	0F	25F
Total	0F	100F	125F	150F

On peut lire dans ce tableau le montant de la somme que les bénéficiaires de la gratuité paient à différents niveaux de la pyramide sanitaire. La gratuité des soins coutent plus cher aux populations rurales relevant des cases de santé qui paient 150 FCFA¹⁰. Les usagers des CSI paient 125 FCFA alors que ceux des HD ne paient que 100 F.et ceux du CHR ne payent rien !

Cependant, le centime additionnel pour l'évacuation a permis aux COGES d'engranger des millions qui dorment dans leurs comptes. Le DS de Loga a collecté en centimes additionnels pour l'évacuation 14 000 982 FCFA et il en a dépensé 8 771 322 FCFA. Les recettes pour l'évacuation ont augmenté dans le DS de Loga à partir de 2007, date du début de la gratuité, passant de 2 552 400 FCFA en 2006 à 14 000 982 FCFA en 2009. Cela peut s'expliquer par :

- l'augmentation du nombre des structures de santé (la création en 2007 de six CSI dans le district sanitaire de Loga) ;
- l'augmentation du taux de fréquentation dans le DS qui a évolué de 15% en 2006 à 52% en 2009, suite à la mise en œuvre de la gratuité des soins. La hausse des recettes du centime additionnel pour l'évacuation est liée à la hausse de fréquentation des centres de santé.

¹⁰ Alors que les prestations gratuites dans les cases de santé sont remboursées à 250 FCFA par l'Etat.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

Au départ, les fonds de l'évacuation étaient uniquement destinés à l'achat du carburant et des indemnités de déplacement du chauffeur et du garde. Mais avec l'accumulation des recettes, ces fonds ont pris aussi en charge l'entretien des ambulances et la réparation de groupe électrogène du DS.

Le fait que les bénéficiaires de la gratuité paient les centimes additionnels a suscité beaucoup de débats. D'une part, les cadres du MSP défendant une gratuité intégrale pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes sont opposés au principe du centime additionnel. Ils en ont demandé sa suppression. D'autre part, les COGES et les ECD de la région de Dosso veulent maintenir le système pour son efficacité en termes de référence des malades.

A ce propos, l'assemblée générale du comité régional de la santé de Dosso a clairement défini sa position lors d'une réunion tenue le 21 Juin 2010 dans la salle de réunion du Gouvernorat. L'Assemblée Générale a décidé de :

« - Maintenir le système de centime additionnel dans la région pour toutes les catégories.

Responsabiliser les comités de santé des différents niveaux à veiller à la gestion rigoureuse des fonds d'évacuations.

Autoriser les prélèvements dans les fonds d'évacuation des dépenses suivantes : carburant, entretien des ambulances. »

V. CONCLUSION

Cette recherche sur la mise en œuvre de la gratuité des soins dans la région de Dosso nous permet de tirer les leçons suivantes :

- Le parachutage des réformes sanitaires sur les structures de santé : la gratuité a été une mesure décidée d'en haut dont la mise en œuvre s'est heurtée à la réticence des acteurs locaux non informés. Son application n'a pas procédé d'une négociation avec les acteurs communautaires responsables de la gestion de la demande des soins, ni avec les professionnels de santé chargés d'appliquer la mesure de l'exemption de paiement des soins. Elle a été mise en œuvre d'emblée sans formation des agents, ni outils de gestion, ni stock de médicaments de démarrage.
- L'Etat a décidé d'une mesure de gratuité de soins mais il n'arrive pas à assurer le remboursement régulier des factures aux structures de santé. Du coup, les centres de santé ont accumulé des retards de remboursement importants, mais inégalement répartis. Certains retards sont causés par des factures mal faites et donc rejetées. Mais beaucoup sont plutôt dus à une méthode de distribution aléatoire des ressources au niveau central.
- Inégalités selon présence ou non de PTF qui appuient régulièrement certaines structures de santé en médicaments et en formation du personnel. De ce fait, il existe d'une part des structures aidées par des partenaires qui disposent régulièrement de médicaments et, de l'autre des structures non aidées qui connaissent des ruptures répétitives de certaines molécules.
- Diverses « débrouillardises » sont utilisées par les responsables, les agents de santé et les usagers pour faire face aux ruptures des médicaments dans les formations sanitaires. Il s'agit du contournement du protocole thérapeutique, du bout de papier/ordonnance, du recours au parrainage, de la demande de référence, du changement d'aire de santé.
- Les façons qu'ont les agents de parfois « profiter » de la gratuité sont nombreuses. Il s'agit du détournement des produits du kit césarienne, de l'établissement d'ordonnances avec des faux numéros, de la triche sur l'âge des patients. Bien que certains responsables de structures de santé tentent de réduire l'usage abusif des médicaments de la gratuité des soins (interdiction aux infirmiers de prescrire des ordonnances), le manque de suivi et de contrôle réguliers favorise ces types de pratiques.

*EXEMPTIONS DE PAIEMENT DES SOINS.
MISE EN ŒUVRE DANS LA RÉGION DE DOSSO*

- La centralisation du mécanisme de gestion de la gratuité au niveau du MSP fait que les structures intermédiaires (DRSP) sont court-circuitées et mal informées.
- Les difficultés des structures sanitaires ne sont pas exclusivement imputables au retard de remboursement des factures de la gratuité des soins. D'une part, le remboursement fournit malgré tout un flux de liquidités importantes pour les centres de santé ; et d'autre part, en dehors de ce versement ponctuel, les formations sanitaires bénéficient d'importants apports par les crédits délégués de l'Etat, les partenaires, les programmes verticaux et le paiement par l'utilisateur, qui peut leur permettre de fonctionner régulièrement. En réalité, les difficultés des structures de santé sont aussi en grande partie liées à un problème de gestion des médicaments et des fonds.
- La mise en œuvre de la gratuité des soins a instauré deux types de tarifs dans les centres de santé : des tarifs avantageux pour les césariennes, qui utilisent les produits issus des dons et de la subvention de l'Etat, alors que l'Etat paie la totalité du tarif de 35 000 FCFA pour les HD et 50 000 FCFA pour le CHR ; et des tarifs catastrophiques pour certains services comme le laboratoire du HD de Loga qui n'est pas remboursé pour les examens effectués dans le cadre de la CPN au profit des CSI.
- Les centimes additionnels pour les évacuations ont augmenté avec l'introduction de la gratuité des soins qui a engendré une hausse de la fréquentation. Une grande partie de ce fonds n'est pas dépensée et reste dans les comptes des DS. Il n'est pas utilisé par les centres de santé pour acheter des médicaments. Il sera intéressant de chercher à comprendre les points de vue des acteurs sur la question.

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) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

n°88 *La délivrance des services publics dans la commune rurale de Berno*, 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 marche à Balleyara, Guidan Roumdji et Say*, par Amadou Oumarou (2011)

n°91 *Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*, par A. Ousseïni (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