

# L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ?

*Selective free health care in sub-Saharan Africa: an opportunity for strengthening health systems?*

Valéry Ridde<sup>(1)</sup>, Bruno Meessen<sup>(2)</sup>, Seni Kouanda<sup>(3)</sup>

**Résumé :** En Afrique, nombreux sont ceux qui recommandent l'abolition ciblée du paiement direct des soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Mais des difficultés de mise en œuvre sont apparues au cours d'expériences menées par quelques pays précurseurs d'Afrique de l'Ouest. De nombreux goulots d'étranglement du système de santé sont apparus et cet article permet d'en mettre au jour un certain nombre. Mais en même temps, nous croyons qu'ils constituent autant d'opportunités de renforcement des systèmes de santé, si l'on envisage de procéder notamment aux changements suivants : accroître de manière significative le financement de la santé et en améliorer la fiabilité, adopter des politiques de santé érigeant l'équité au rang de priorité, mettre en œuvre des réformes alignées sur les principes de la « Nouvelle Gestion Publique », assurer l'apport en intrants de qualité, renforcer les différentes composantes du secteur de la santé, et réaliser davantage d'évaluations dans ce même secteur.

**Mots-clés :** Afrique - exemption - abolition - paiement direct - système de santé.

**Summary:** As the idealistic deadline of the Millennium Development Goals (MDGs), 2015, looms ever closer, some are calling for user fees abolition. In many African countries, this involves targeting groups considered vulnerable. However, operational problems have surfaced in the experiences of some of the pioneering West African countries. We identified various health system bottlenecks. These challenges are also starting points and opportunities to strengthen health care systems in Africa through making changes such as significantly increasing health care funding, improving the reliability of funding, making equity a health policy priority, adopting "New Public Management" types of reforms, ensuring the supply and quality of inputs, making efforts to reinforce the systemic components of the health sector, and improving the quality and quantity of evaluations undertaken in the health sector.

**Keywords:** Africa - exemption - abolition - user fees - health systems.

(1) CRCHUM, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal - 3875, rue Saint-Urbain. Unité de santé internationale - H3V1H4 Montréal - Canada.

(2) Département de santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers, Belgique.

(3) Institut de recherche en sciences de la santé, rue 29.09, porte 35, 03 BP 7132, Ouagadougou, Burkina Faso.

Dans son dernier rapport annuel de 2010 traitant de l'accès universel aux soins de santé, l'OMS indique les options possibles pour le financement du système de santé [1]. Si l'organisation préconise essentiellement le recours à des systèmes de pré-paiement, la suppression du paiement direct est aussi largement abordée. Cette dernière option, qui n'est évidemment pas la seule pour atteindre cet objectif d'accès universel, compte tenu de l'actualité internationale, des engagements de plus en plus forts des bailleurs de fonds et des États africains à cet égard et des récentes politiques mises en œuvre en Afrique de l'Ouest, sera le thème central de cet article. Notre objectif est de montrer que les défis que rencontrent actuellement ces pays dans la mise en œuvre de telles politiques de financement, peuvent aussi être des leviers pour renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble.

### **Fenêtres d'opportunités**

En effet, le paiement direct occupe à nouveau le devant de la scène dans les débats sur le financement des systèmes de santé en Afrique. Plusieurs expériences démontrent que la suppression du paiement direct entraîne une augmentation importante de l'utilisation des services de santé [2, 3]. Ces expériences peinent encore en revanche à apporter la preuve d'un effet de cette mesure sur la santé des populations ou sur l'équité dans l'accès aux soins, mais elles ont confirmé que les frais aux usagers constituent une barrière à l'utilisation des services de santé par les plus pauvres et que leur suppression est une option à considérer, parmi d'autres. Depuis cinq ans environ, notamment en Afrique de l'Ouest, les décideurs et les bailleurs de fonds ont plutôt opté pour une abolition sélective du paiement direct, souhaitant ainsi maintenir en partie les mécanismes de financement promus par l'Initiative de Bamako. Cette approche sélective cible des groupes considérés comme particulièrement vulnérables, tels que les femmes et les enfants de moins de cinq ans. Depuis 2005, aux nombreuses publications des ONG sont venus s'ajouter une série de rapports internationaux et de consensus d'experts recommandant l'accès gratuit à des services de santé de qualité pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans [4, 5]. Néanmoins, l'analyse produite par les experts fait également état de plusieurs difficultés opérationnelles de mise en œuvre [6]. Dans cet article, nous identifions certaines de ces difficultés, telles qu'elles se sont manifestées au cours des expériences menées par quelques pays précurseurs d'Afrique de l'Ouest et qui forment des goulots d'étranglement. Nous défendons l'idée que des efforts fournis en vue de supprimer ces goulots d'étranglement pourraient en fait contribuer au renforcement des systèmes de santé. Si la plupart de ces goulots d'étranglement peuvent ne pas apparaître comme des éléments nouveaux aux spécialistes des systèmes de santé africains, nous pensons que leur réémergence est directement liée aux nouvelles politiques d'abolition sélective et qu'ils doivent, par conséquent, retenir particulièrement l'attention en tant que cibles prioritaires de futures réformes.

### **Goulots d'étranglement et abolition sélective du paiement direct**

Afin d'identifier ces goulots d'étranglement, nous avons tout d'abord utilisé les résultats de deux récentes recensions des écrits sur le thème des

politiques d'abolition du paiement direct en Afrique [3, 7]. Ensuite, nous avons adopté une approche heuristique et inductive que nous avons appliquée aux politiques mises en œuvre dans les pays dans lesquels nous menons actuellement des recherches.

### **Le manque de financement public**

Le paiement direct des soins agit comme un mécanisme de rationnement sur la consommation des ressources publiques [8]. Son abolition engendre une hausse de l'utilisation des services de santé et donc des besoins plus importants en intrants. Elle exige par conséquent des efforts budgétaires de la part du Ministère de la santé, qui est responsable d'en assurer la viabilité. Au Burkina Faso, en 2008, le gouvernement a consacré 2,5 millions d'euros à la subvention des accouchements et des césariennes [9]. Au Niger, la situation est plus délicate puisque les décisions budgétaires sont soumises à des pressions politiques et que les risques d'assèchement des fonds alloués à chaque ligne budgétaire, ne sont pas négligeables [10]. Au Mali comme au Niger, les professionnels de la santé ont une confiance très limitée dans la capacité de l'État à garantir la pérennité de l'abolition. Il semble que les nouvelles procédures de remboursement dont bénéficient les centres de santé, aient renforcé les interactions entre le Ministère de la santé et le Ministère des finances. Ce dernier réclame maintenant d'être tenu informé de la manière dont les fonds publics sont utilisés, et les relations entre ces deux institutions restent compliquées (ce dont témoigne également le cas du Burkina Faso).

### **Le remboursement tardif ou incomplet des services**

L'abolition du paiement direct prive les structures sanitaires d'une source de revenu. Au Burkina Faso, les choses se sont relativement bien déroulées. Au Sénégal, divers éléments tendent à démontrer que les frais réclamés aux usagers des autres services ont été majorés pour compenser la perte de revenus due à l'abolition des frais pour les accouchements [11]. Au Niger, certains districts ont du attendre neuf mois avant d'être remboursés, d'autres 24 mois [12]. L'abolition a d'ailleurs fini par être parfois suspendue et les centres de santé ont été contraints de réinstaurer les frais aux usagers.

### **Les ressources humaines inadaptées**

Bien qu'ils apprécient cette politique, les professionnels de la santé se plaignent parfois de la surcharge de travail que génère la hausse de fréquentation en compensation de laquelle ils n'ont bénéficié d'aucune augmentation salariale [13]. Le Burkina Faso [9], le Niger [12] et le Ghana [14] semblent tous avoir pu faire face à cette hausse de fréquentation. La surcharge de travail donne parfois lieu à des revendications salariales et à la réclamation de primes à la performance. Au Ghana, certaines régions ont décidé d'accorder des primes au personnel pour chaque accouchement assisté [11, 14].

### **L'érosion de la relation soignant-soigné**

En raison de cette demande grandissante, la relation des professionnels de santé avec leurs patients est parfois tendue ; les soignants doivent réduire la

durée de leurs consultations, et les soignés exigent d'être vus rapidement ou de se faire prescrire des médicaments qui ne leur sont pas indispensables. Il arrive en outre que l'on dénote un manque de respect des patients vis-à-vis des agents de santé [12]. Parfois, comme au Mali ou au Niger, les ruptures de stocks d'intrants laissent croire aux patients que les agents de santé sont responsables et qu'ils les détournent.

#### **L'approvisionnement insuffisant en médicaments et autres intrants médicaux**

L'approvisionnement en médicaments a constitué l'une des réussites des réformes introduites en Afrique dans les années 1980/1990. Cependant, au Kenya comme au Niger, une mauvaise gestion des stocks a empêché divers centres de santé d'appliquer la politique d'abolition sélective et les a forcés à réclamer aux patients une participation financière [12, 15]. Le Mali et le Sénégal ont choisi de mettre à la disposition des structures sanitaires des kits pour les césariennes, mais une rupture des stocks a entravé la mise en œuvre de cette politique [13].

#### **La persistance d'autres facteurs limitant l'accès aux soins**

Même après la suppression du paiement direct, d'autres barrières limitant l'accès aux soins persistent. Au Burkina Faso, étant donné l'absence d'un système d'identification des indigents, les femmes les plus pauvres ne peuvent pas bénéficier de la gratuité des accouchements [9]. Au Mali, une étude a ainsi montré que les césariennes gratuites étaient inégalement réparties au profit des femmes vivant à proximité des centres de santé [16]. Au Niger, les femmes vivant dans des districts qui ne disposent pas d'un système de référence et d'évacuation des patientes par ambulance ne peuvent profiter de la gratuité des césariennes [12]. Au Burkina Faso, un financement est prévu pour les frais de transport en cas d'évacuation, mais il arrive qu'il n'y ait pas assez d'ambulances, ou que des chauffeurs réclament un paiement informel [9].

#### **L'absence de politiques de suivi et d'évaluation**

À l'exception du Ghana, peu de pays ont instauré un système de suivi et d'évaluation [13] ou consacré un budget à une évaluation rigoureuse. Ceci explique en partie la rareté des données disponibles sur l'impact de ces mesures en termes de santé publique. Au Burkina Faso, le département en charge la mise en œuvre de la politique d'abolition et le département responsable du suivi et de l'évaluation – pourtant rattachés au même ministère – ne sont pas parvenus à travailler de manière coordonnée [9].

#### **La mise sur la touche des comités de gestion communautaire**

Les comités de gestion communautaire avaient reçu pour mandat de gérer les fonds constitués des contributions des usagers. La politique d'abolition sélective du paiement direct a, quant à elle, considérablement réduit le rôle et le pouvoir de ces comités, en même temps qu'elle a limité les montants qu'ils avaient la responsabilité de gérer. En Ouganda, des comités de gestion ont manifesté leur mécontentement à l'égard de cette situation [17]. Une

manière de renforcer l'autorité de ces comités consiste à les impliquer dans les procédures de remboursement des usagers, comme c'est positivement le cas au Burkina Faso. Leur situation financière s'améliore du même coup, grâce à la hausse de la demande qui accroît leurs bénéfices [18].

### **Des opportunités de changement**

Nous pensons cependant que la mise en œuvre des politiques d'abolition sélective des frais aux usagers, dont la pertinence théorique n'est pas à remettre en cause, constitue une occasion de procéder à des changements majeurs. Évidemment, cette option en matière de financement de la santé n'est pas la seule, mais pour des raisons évoquées en introduction, nous concentrons sur cette dernière.

#### **Un financement des soins de santé suffisant et pérenne**

La suppression sélective des frais aux usagers n'a de sens que si elle s'accompagne d'une augmentation significative des fonds publics alloués aux soins de santé. Il est absolument indispensable que la hausse des fonds internationaux consacrés à la santé ces dernières années soit maintenue. Les États africains doivent également respecter les engagements qu'ils ont pris à Abuja (2001) et Ouagadougou (2008).

#### **Un accent mis sur l'équité et les autres barrières à l'accès aux soins**

L'abolition du paiement direct est un moyen, et non une fin en soi. Conformément à la Déclaration de Ouagadougou (2008), des efforts conséquents doivent être consentis en matière de suivi et d'évaluation, plus précisément pour déterminer si les plus pauvres bénéficient réellement de cette mesure comme nous l'avons constaté au Burkina Faso. De plus, il faut éviter de ne prendre en considération que les déterminants économiques de l'accès aux soins curatifs et de négliger ainsi les autres déterminants sociaux susceptibles de limiter l'accès aux soins préventifs et curatifs. Notons que dans de nombreux contextes, le dispositif de transport d'urgence requiert de sérieuses améliorations ; celles-ci pourraient s'inspirer des expériences les plus prometteuses déjà menées [13].

#### **Des réformes s'adaptant aux principes de La Nouvelle Gestion Publique**

Pour rembourser aux formations sanitaires les frais correspondant aux soins qu'elles dispensent sans paiement, les ministères de la Santé ont le choix entre deux options : soit ils fournissent à ces structures des intrants, soit ils leur remboursent les services qu'elles fournissent. La seconde option représente pour les États une réelle opportunité d'adopter des réformes adaptées à un des principes de la Nouvelle Gestion Publique, en séparant les fonctions d'offre et de financement public des soins de santé. Certes, l'application de telles réformes posent de nombreux défis [19, 20] et doit s'adapter aux contextes nationaux. Mais elle permettrait de soumettre les systèmes publics de santé à des exigences plus poussées concernant la reddition de comptes. Le rôle des comités de gestion devrait aussi être renforcé par l'intermédiaire de telles démarches.

### La garantie de la qualité des soins

Concernant les médicaments, l'abolition sélective est susceptible d'exercer une forte pression sur les centrales d'achats publiques. Dans certains pays, il est nécessaire de fournir d'importants efforts en vue d'améliorer la gestion et l'organisation de ces centrales. Quant aux pays qui enregistrent continuellement des niveaux de performance insatisfaisants, il s'agira pour eux de lever certains tabous (en autorisant par exemple l'ouverture de ce marché à la concurrence). Les ressources humaines, elles, doivent être renforcées par le biais du recrutement de nouveaux agents et de la formation, mais aussi réparties de façon plus adéquate sur le territoire suivant les besoins de la population. Il est également indispensable qu'elles se montrent plus réceptives aux besoins exprimés par chaque patient. La mise en œuvre de politiques d'abolition ne manquera pas d'engendrer une augmentation de leur charge de travail ; leurs salaires pourraient dès lors être revalorisés et leur motivation améliorée avec l'instauration d'un système de primes à la performance [11, 21].

### Conclusion

L'abolition sélective du paiement direct est désormais inscrite à l'agenda public. En Afrique, cette mesure a permis de répondre à des besoins qui n'avaient pas pu être couverts jusqu'ici. Mais elle a également révélé et confirmé certaines failles des systèmes de santé. Ces failles – à la fois structurelles et somme toute assez communes – peuvent limiter l'impact des bénéfices obtenus. En vue de faire face à la hausse de la demande, les systèmes de santé doivent être renforcés. Et pour ne pas mettre en péril le consensus qui commence à se dégager au sujet de l'abolition sélective du paiement direct, l'ensemble des acteurs qui se positionnent en faveur de cette politique doivent unir leurs efforts et s'atteler à la tâche du renforcement des systèmes de santé. Sinon, au niveau mondial, le consensus s'effritera avant de disparaître en fumée et, au niveau national, la mise en œuvre de la politique d'abolition échouera, ce que probablement personne ne souhaite voir arriver.

### BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle. Genève : OMS2010.
2. Lagarde M, Palmer N. Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people. Geneva: The Alliance for Health Policy and Systems Research 2006 December 2006.
3. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. Health Policy Plan 2011;26(1):1-11.
4. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. Leading by Example – Protecting the Most Vulnerable During the Economic Crisis. Oslo: Office of the Prime Minister of Norway 2009.
5. Save the Children, Witter S. An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in low-income countries. London: The Save the Children Fund 20052005.
6. Meessen B, Hercot D, Noirhomme M, Ridde V, Tibouti A, Blcaba A, et al. Removing User Fees in the Health Sector in Low-Income Countries: A Multi-Country Review. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF) 2009 Septembre 2009.

7. Ridde V, Robert E, Meessen B. Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Report (2010) Background Paper, No 18. Geneva: OMS2010.
8. Meessen B, Van Damme W, Tashobya CK, Tibouti A. Poverty and User Fees for Public Health care in low-income Countries: Lessons from Uganda and Cambodia. The Lancet 2006;368(9554):2253-7.
9. Ridde V, Bicaba A. Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence Université de Montréal. SERSAP. Institut de médecine tropicale d'Anvers. UNICEF2009.
10. Olivier de Sardan J-P, Ridde V, Diarra A, Ousseni A. Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger. Programme « Abolition du paiement ». Note d'information n° 1. Mars 2010. Niamey: LASDEL-CRCHUM. [www.lasdel.net/gratuite/policy%20brief%20gratuite%20niger%202.pdf](http://www.lasdel.net/gratuite/policy%20brief%20gratuite%20niger%202.pdf)2010.
11. Witter S. Service- and population-based exemptions: are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? Advances in Health Economics & Health Services Research 2009;251-88.
12. Ridde V, Diarra A. A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). BMC Health Services Research 2009;9(89).
13. Richard F, Witter S, de Brouwere V, editors. Reducing Financial Barriers to Obstetric Care in Low-income Countries. Antwerp: ITG Press; 2008.
14. Witter S, Arhinful DK, Kusi A, Zakariah Akoto S. The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. Reproductive Health Matters 2007;15(30):61-70.
15. Chuma J, M, Janet, Okungu V, Goodman C, Molyneux C. Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? International Journal for Equity in Health 2009;8(15).
16. Fournier P. Personal communication. Montreal 2009.
17. Burnham G, Pariyo G, Galiwango E, Wabwire-Mangen F. Discontinuation of Cost Sharing in Uganda. Bull World Health Organ 2004;82(3):187-95.
18. Ridde V, Queuille L. La subvention du paiement des soins au Burkina Faso. Ouagadougou: HELP - CRCHUM/UdeM - ECHO2010.
19. Mills A, Bennett S, Russell S, Attanayake N. The challenge of health sector reform : what must governments do? Houndmills; New York: Palgrave; 2001.
20. Meessen B, Soucat A, Sekabaragab C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? Bulletin of World Health Organization. In press.
21. Meessen B, Kashala JP, Musango L. Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda. Bull World Health Organ 2007 Feb;85(2):108-15.