

Chapitre 21

Les effets des politiques d'exemptions sur les finances communautaires au Mali et au Niger

Introduction

Tout comme les autres pays de la région ouest africaine, le Mali et le Niger ont mis en œuvre des politiques d'exemptions en faveur des couches vulnérables de la population, que plusieurs chapitres de ce livre analysent.

Le Niger a instauré à partir de novembre 2005 une politique de gratuité des soins limitée dans un premier temps aux césariennes avant d'être étendue dans un second temps en avril 2006 aux contraceptifs, à la consultation prénatale et aux soins des enfants de moins de cinq ans (Ministère de la santé publique du Niger 2009 : 7).

Le Mali a, pour sa part, entrepris de rendre les césariennes gratuites en juin 2005, et, en juin 2007, ce sont les Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) qui ont été délivrées gratuitement dans les formations sanitaires publiques au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes (Traoré & al. 2012 : 137).

La documentation des politiques d'exemptions a été jusque là consacrée pour une large part à l'évaluation de leurs effets sur l'utilisation des services par les populations ou sur la réduction de leurs dépenses de santé (Ridde & al. 2010; De Allegri & al. 2011). Mais il n'existe pas encore, à notre connaissance, d'études qui se sont intéressées aux effets de ces politiques d'exemptions sur la viabilité financière des formations sanitaires. En effet, la suppression du paiement par les patients, s'il n'est pas correctement remboursé, peut mettre à mal les finances de ces formations sanitaires, dans un contexte de recouvrement partiel des coûts que nous décrivons dans la prochaine section.

Cette étude vise donc à explorer l'état des finances des centres de santé gérés par les communautés au Mali et au Niger après plusieurs années de mise en œuvre de politiques d'exemptions des frais de soins.

Contexte

Il existe deux modes de gestion des formations sanitaires au Niger. Celui dit de la caisse unique, où toutes les formations sanitaires de base (CSI) du district sanitaire regroupent leurs recettes du recouvrement des coûts au niveau du compte du district sanitaire. Dans ce système, c'est le district sanitaire qui s'occupe de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments. La gestion est assurée par un trésorier communautaire qui est payé sur les bénéfices du recouvrement des coûts. Le second système est celui de la caisse autonome où chaque formation sanitaire de base dispose de son propre compte, elle gère ses dépenses et ses recettes qui sont conservées localement. Elle est chargée de ses propres approvisionnements.

Les formations sanitaires de base au Mali sont autonomes en matière de gestion financière d'autant plus qu'elles sont l'émanation d'associations locales. Les centres de santé

communautaire (CSCOM) sont en effet des structures « privées » à but non lucratif (Balique & al. 2001 : 36) créées à l'initiative des populations locales regroupées en associations (ASACO) et qui assurent la gestion de ces formations sanitaires. Ce sont les ASACO qui recrutent et qui paient les personnels de santé¹. Elles assurent également la gestion administrative, financière et comptable des CSCOM. Mais bien qu'étant des structures issues d'initiatives communautaires, les CSCOM font partie intégrante du système de santé au Mali et constituent un maillon essentiel de la politique nationale de santé (Konaté & al. 2003 : 7). À ce titre, elles participent à la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne (par le co-financement de la caisse de solidarité dans le cadre des évacuations sanitaires) et reçoivent également les dotations en médicaments du Programme national de lutte contre le paludisme dans le cadre de la gratuité du paludisme.

Au Niger comme au Mali, les enquêtes qualitatives (cf. Diarra & Ousséini, Touré, Touré & Sanogo, *infra*, chapitres 8, 10, 12) ont montré que de nombreux acteurs s'inquiétaient des effets néfastes possibles des politiques d'exemptions sur la viabilité financière des formations sanitaires. Cette recherche quantitative subséquente a notamment été menée pour répondre aux constats soulevés lors de ces enquêtes qualitatives.

Méthodes

Il s'agit d'une étude quantitative de type pré-post. Les données ont été collectées dans 18 formations sanitaires réparties dans trois districts sanitaires au Mali² et dans le district sanitaire de Dosso au Niger qui compte 37 formations sanitaires de base (système de case unique, voir plus haut). Ces sites ont été retenus parce qu'ils servaient déjà de terrain de recherche pour les enquêtes qualitatives.

Nous avons repris et adapté une méthode éprouvée au Burkina Faso (Kafando & Ridde 2010) qui consiste à documenter la situation financière des formations sanitaires au moyen des données comptables.

La collecte a concerné l'ensemble des données financières et comptables des formations sanitaires, autrement dit : les dépenses, les recettes, les dons, les ruptures de stock des médicaments, la trésorerie, et les remboursements effectués par les États aux formations sanitaires.

Les dépenses concernent l'ensemble des sorties d'argent enregistrées au niveau de la formation sanitaire. Les recettes regroupent toutes les entrées d'argent enregistrées par la formation sanitaire.

Les dons constituent les appuis que reçoivent les formations sanitaires de la part de certains partenaires ou particuliers sous diverses formes (médicaments ou consommables médicaux, matériels ou apports financiers).

Les ruptures de stock de médicaments concernent toute indisponibilité de molécules pendant une période déterminée au sein du dépôt pharmaceutique du district. Elles sont comptabilisées en nombre de jours où l'on a noté l'absence de la molécule dans le dépôt pharmaceutique.

¹ La contribution de l'État reste très faible au niveau de la dotation du personnel de santé des CSCOM. Selon nos enquêtes, près de 90% en moyenne des personnels qui travaillent dans les CSCOM ont été recrutés et sont payés par les ASACO (Kafando, Touré & Ridde 2012 :12).

² Compte tenu de la faible disponibilité des ressources financières, nous avons choisi de collecter les données dans un échantillon de 6 CSCOM dans chacun des trois sites sur lesquels les enquêtes qualitatives ont été menées (district de Bamako, cercles de Kita et de Sikasso). Cependant, l'indisponibilité des données dans le district de Bamako (qui est en soit une information utile) nous a amené à collecter les données dans 2 CSCOM seulement à Bamako et dans 8 CSCOM à Kita et 8 CSCOM à Sikasso.

Les remboursements représentent les sommes d'argent versés par l'État aux formations sanitaires dans le cadre de la politique de gratuité.

La trésorerie concerne toutes les sommes d'argent disponibles en banque, en caisse ou auprès du trésorier.

La fenêtre de l'observation a été de six ans pour les deux pays. Pour être en mesure de comprendre les effets des politiques d'exemptions sur les finances des formations sanitaires, nous avons comparé la situation avant (pré) et avec (post) la mise en œuvre de ces politiques (tableau 1). Il n'a pas été possible de disposer de formations sanitaires de comparaison puisque les deux politiques ont été mises en œuvre à l'échelle nationale en même temps.

Tableau 19 : Fenêtre d'observation de l'étude dans les deux pays

	Mali	Niger
Fenêtre d'observation	juin 2005 à mai 2011	Mai 2004 à avril 2010
Date de démarrage de la politique	Juin 2007	Mai 2007
Nombre d'années avant	2	3
Nombre d'années après	4	3
Nombre de FS	18	37

Résultats

L'évolution des données financières et comptables

Les dépenses

Les dépenses effectuées par les formations sanitaires sont en grande partie dirigées vers l'achat des médicaments et dans une moindre proportion vers le paiement des salaires (Tableau 2).

Tableau 20: Part moyenne des postes de dépenses dans les dépenses totales des formations sanitaires

	médicaments		salaires		autres dépenses	
	Avant	Avec	Avant	Avec	Avant	Avec
Mali	59,60	59,44	27,31	26,94	13,09	13,62
Niger	67,17	68,51	14,32	11,38	18,51	20,11

Source : Kafando, Touré & Ridde 2012 : 11 ; Kafando & al. 2011 : 9

En moyenne, 68% des dépenses sont consacrées chaque année au Niger à l'achat des médicaments contre 12% en moyenne pour les salaires et les gratifications. C'est le même constat au Mali où environ 60% des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments et 27% aux salaires. La part plus importante des salaires au Mali s'explique par le mode de fonctionnement des CSCOM qui payent les salaires d'un nombre plus important de personnels

non fonctionnaires que les formations sanitaires du Niger³. La répartition globale des postes de dépenses n'a pas varié après la mise en œuvre des politiques d'exemptions.

Les recettes

La vente des médicaments procure environ 70% des ressources financières des formations sanitaires au Mali et la tarification des actes médicaux près de 30% (tableau 21).

Tableau 21 : Part moyenne des rubriques de recettes dans les recettes totales au Mali

	Avant	Avec
Part de la vente des médicaments	68,11	70,41
Part de la tarification	29,33	26,47
Part des autres postes de recettes	2,56	3,13

Source : Kafando, Touré & Ridde 2012 : 15

Tout comme les dépenses, la répartition des recettes n'a pas évolué après la mise en œuvre de la politique d'exemptions au Mali où la vente des médicaments reste la principale source de revenus des formations sanitaires.

Au Niger, les outils de gestion ne permettent pas de faire la distinction entre la vente de médicaments et la tarification des actes (les patients payent un forfait). Le recouvrement des coûts (vente de médicaments et tarification des actes inclus) y représente en moyenne 80% des recettes des formations sanitaires avant la mise en œuvre de la politique d'exemptions. Après la mise en œuvre de la gratuité, la part des recettes provenant du recouvrement des coûts a connu une légère baisse (tableau 22). À l'opposé, la part du centime additionnel⁴ a connu une hausse significative après la mise en œuvre de la politique d'exemptions.

Tableau 22: Part moyenne des rubriques de recettes dans les recettes totales au Niger

	Avant	Avec
Part du recouvrement des coûts	88,79	69,44
Part du centime additionnel	11,21	30,56

Source : Kafando & al. 2011 : 13

Dans les formations sanitaires concernées par l'étude, le niveau des recettes a toujours été supérieur à celui des dépenses au Mali (figure 13). En revanche, au Niger, le niveau des recettes est passé en dessous de celui des dépenses après la mise en œuvre de la gratuité (figure 14). Autrement dit, si au Mali les recettes couvrent toujours les dépenses après le démarrage des politiques d'exemptions, ce n'est pas le cas au Niger.

Figure 13 : Évolution des dépenses et recettes moyennes mensuelles au Mali

³ Au Mali, les ASACO recrutent et payent des médecins, alors qu'au Niger les seuls salaires payés par les COGES sont ceux des personnels auxiliaires (gardiens, manœuvres).

⁴ Le centime additionnel consiste en la collecte de 100 FCFA auprès de tous les usagers (payants comme exemptés) des services de soins pour participer au financement des évacuations sanitaires.

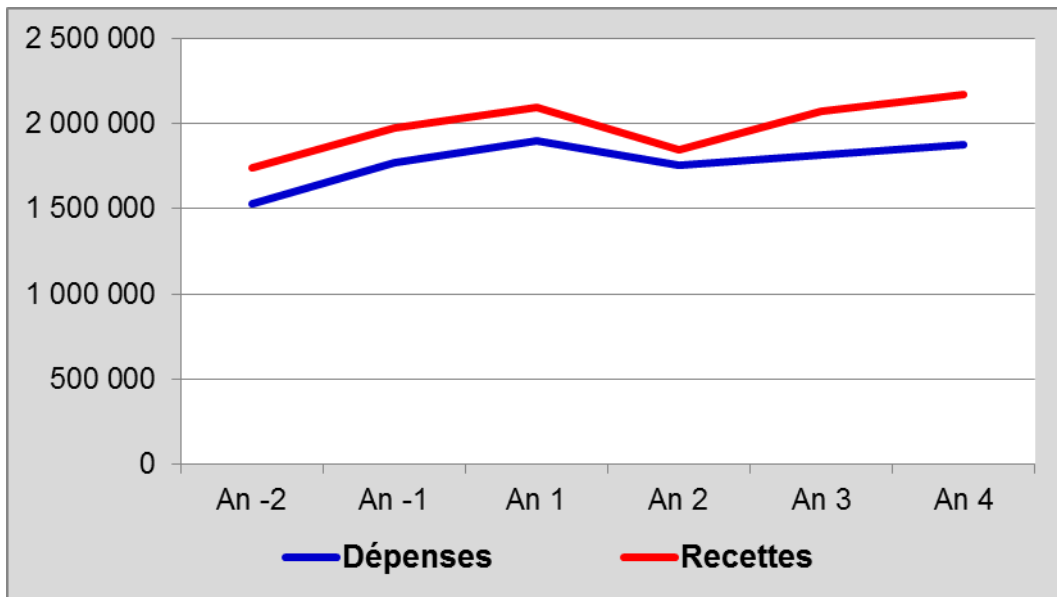
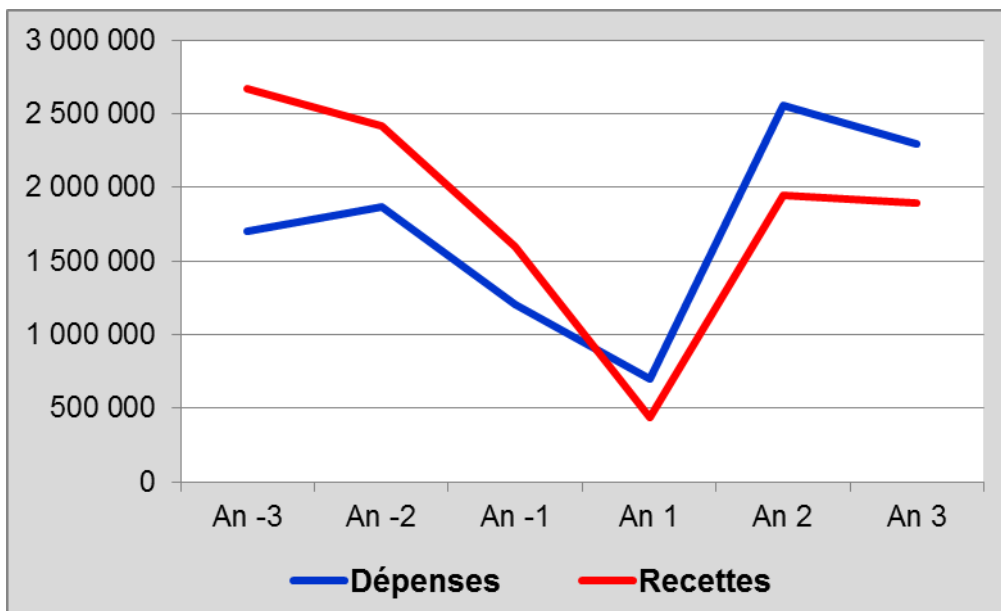


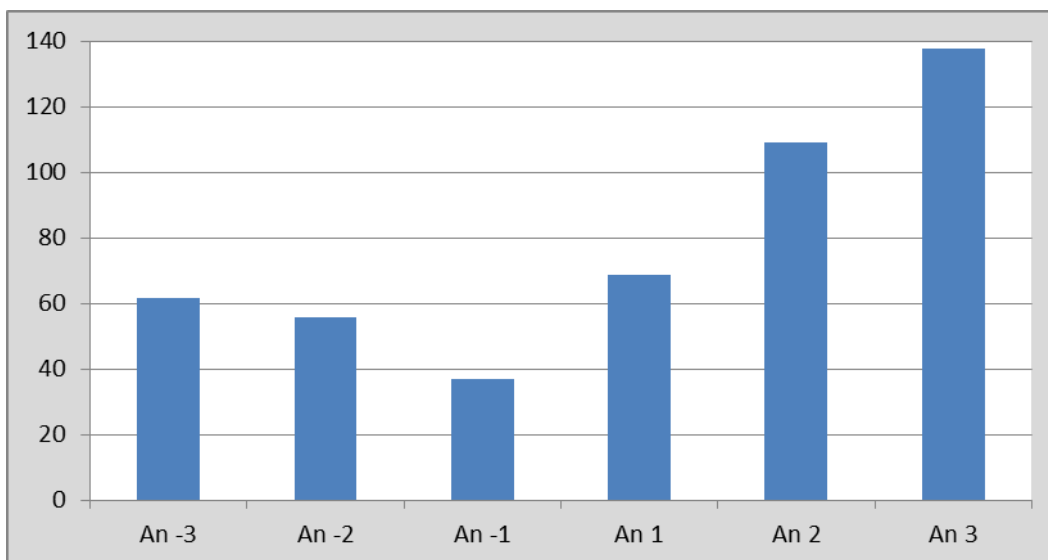
Figure 14 : Évolution des dépenses et recettes moyennes mensuelles au Niger



Les recettes hypothétiques des formations sanitaires au Niger

Les recettes hypothétiques sont constituées des recettes indirectes (recettes attendues par le district sanitaire de l'Etat comme tiers payant dans le cadre de la politique de gratuité des soins) et des recettes directes (recettes issues du paiement direct + recettes du centime additionnel). Si les recettes indirectes étaient versées régulièrement aux formations sanitaires (ce qui n'est pas le cas, voir Diarra et Ousseini, supra, chapitre 8), les recettes hypothétiques auraient alors connu une hausse continue au fil des années (figure 15).

Figure 15 : Évolution des recettes hypothétiques (en millions de FCFA) du district sanitaire de Dosso (Niger) de 2004 à 2010.

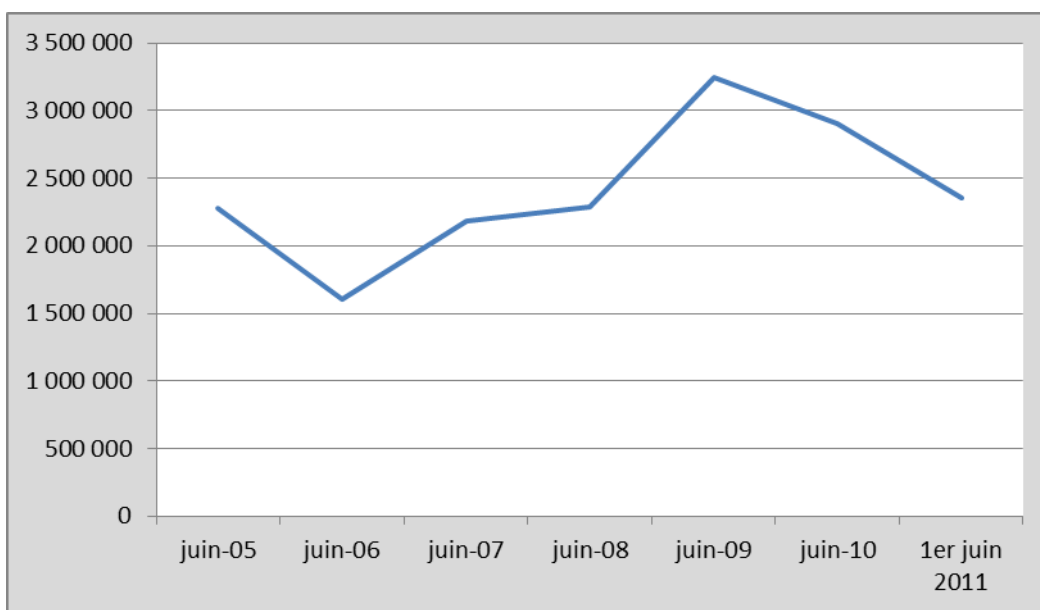


Les recettes (hypothétiques) dans ce district passeraient du simple au double, soit moins de 70 millions de FCFA au début de la mise en œuvre de la politique de gratuité à près de 140 millions de FCFA trois ans plus tard.

La trésorerie⁵

Le niveau de trésorerie moyen déclaré par les formations sanitaires au Mali après la gratuité est supérieur au niveau de trésorerie avant la gratuité (figure 16).

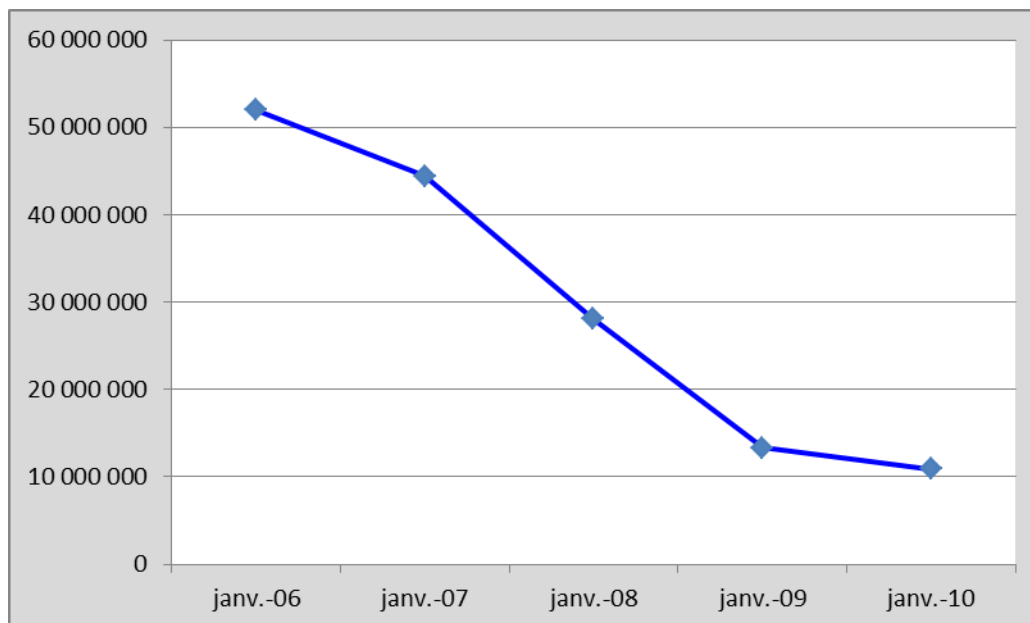
Figure 16 : Évolution de la trésorerie en FCFA d'un CSCOM moyen au Mali de 2005 à 2011



⁵ L'échelle de présentation de la trésorerie n'est pas la même pour les deux pays : au Mali, c'est le niveau moyen annuel de trésorerie de chaque formation sanitaire de base qui a été calculé alors qu'au Niger, c'est le niveau moyen annuel de trésorerie de tout le district sanitaire de Dosso (comprenant 37 formations sanitaires de base) qui a été calculé.

Au Niger en revanche, le niveau de trésorerie de l'ensemble des formations sanitaires du district a connu une baisse très importante depuis la mise en œuvre de la politique de gratuité en 2006 (figure 5).

Figure 17. : Évolution de la trésorerie en FCFA du district sanitaire de Dosso (Niger) de 2006 à 2010



Mais il faut noter que nous ne disposons pas des données avant 2006 afin de vérifier que cette tendance à la baisse n'aurait pas préexisté au démarrage de la politique.

Les problèmes de mise en œuvre des politiques de gratuité des soins

La mise en œuvre des politiques d'exemptions rencontre de nombreuses difficultés parmi lesquelles les retards de remboursement et les ruptures de stock des médicaments. Ces deux difficultés maintes fois relevées par les études qualitatives dans cet ouvrage ont pu être estimées quantitativement.

Les retards de remboursement

Le problème du remboursement concerne surtout le Niger⁶ où les formations sanitaires éprouvent beaucoup de difficultés à se faire rembourser les coûts des soins qui ont été rendus gratuits par l'État. En effet, en moyenne, 30% des factures envoyées par le district de Dosso depuis le début de la politique de la gratuité ont été remboursés (tableau 23).

⁶ Au Mali, la politique d'exemptions des CTA ne fonctionne pas sous la forme de remboursement mais de fourniture d'intrants, rendant le volet de cette étude non pertinent. La politique malienne d'exemptions des césariennes comprend un volet de remboursement (pour les actes, les composants du kit de césarienne étant eux aussi fournis sous forme d'intrants), cependant notre étude ne concerne que les CSCOM, qui ne réalisent pas de césarienne.

Tableau 23 : Situation du remboursement dans le district sanitaire de Dosso (Niger)

Année	Montant des factures envoyées	Montant remboursé	Pourcentage de remboursement (%)
2006 - 2007	-	-	-
2007 - 2008	52 841 200	54 057 300	102,30
2008 - 2009	85 516 650	20 490 750	23,96
2009 - 2010	89 724 250	00	00
Total	228 082 100	74 548 050	32,68
Moyenne	76 027 367	24 849 350	32,68

Source : Kafando & al. 2011 : 24

Les difficultés de remboursement sont allées crescendo au fil de la mise en œuvre de la politique d'exemptions au Niger. Le district de Dosso n'a connu aucun remboursement en 2009-2010, dernière année concernée par notre étude.

Les ruptures de stock des médicaments

L'irrégularité dans le remplissage des fiches de stocks de médicaments, y compris celles des médicaments destinés à la prise en charge du paludisme, n'a pas permis d'estimer la fréquence des ruptures de stock des médicaments au Mali.

Au Niger, l'analyse des ruptures de stock des 10 principales molécules démontrent que la politique de gratuité a entraîné, ou accentué, les ruptures de stock pour certaines molécules. C'est le cas notamment pour cinq principales molécules (aspirine comprimé, chloroquine comprimé, fer comprimé, ampicilline injectable et cotrimoxazole comprimé) présentées au tableau 6.

Tableau 24: Ruptures de stock des 10 principales molécules du DS de Dosso

Molécule	AVANT (Mai 2004 à avril 2007)		AVEC (Mai 2007 à avril 2010)	
	Nombre total de jours de rupture de stock	Nombre moyen annuel de jours de rupture	Nombre total de jours de rupture de stock	Nombre moyen annuel de jours de rupture
Cotrimoxazole cp	21	7	42	14
Ampiciline injectable 500mg	69	23	156	52
Buthyl cp	579	193	252	84
SRO poudre sachet	169	56	105	35
Chloroquine cp 100mg	56	19	264	88
Fer cp	83	28	207	69
Paracetamol cp 500mg	133	44	30	10
Metronidazole cp 250 mg	49	16	37	12

Ampicilline injectable 1mg	130	43	133	44
Aspirine cp	118	39	266	89
Total	1 407	468	1 492	497

Source : Kafando & al. 2011 : 21

Les problèmes de rupture de stock se sont légèrement accentués avec la mise en œuvre de la politique d'exemptions au Niger. En effet, le nombre moyen de jours de rupture de stock pour les 10 principales molécules réunies est passé de 470 jours avant la gratuité à près de 500 jours avec la gratuité, mais le changement ne semble pas fondamental.

Discussion

De la mauvaise tenue des outils de gestion et financiers

L'importance de l'information sanitaire dans l'évaluation des programmes de santé n'est plus à démontrer (Mphatswe & al. 2012 : 176 ; Dumont & al. 2012 : 490). Cependant, les informations sanitaires dans de nombreux pays du Sud semblent de moins bonne qualité qu'ailleurs (Aqil & al. 2009 : 217), ce que cette étude a permis de le confirmer. En effet, au Mali et au Niger les systèmes de collecte et de gestion des données au niveau des formations sanitaires présentent des insuffisances majeures qui ont restreint l'ambition de nos objectifs de recherche. Le remplissage, l'archivage adéquat et la disponibilité des outils de gestion demeurent des points faibles à améliorer par les formations sanitaires, et ils confirment un certain niveau de dysfonctionnement des systèmes.

Les fiches de stock des médicaments qui permettent de mesurer la disponibilité des médicaments ne sont, pour la plupart, pas remplies dans les deux pays.

Au Mali, seule une partie concernant les informations administratives du rapport trimestriel d'activités (RTA) est remplie. Les informations financières, qui sont tout autant essentielles que les informations administratives, ne sont pas le plus souvent portées sur ce rapport. L'autonomie relative de ces formations sanitaires de base explique la réticence des gestionnaires ou des responsables à être transparents en matière d'informations financières et comptables. Au Burkina Faso, où les formations sanitaires de base sont uniquement publiques, et où le pouvoir des agents de santé de l'État sur les instances communautaires reste très important, ces insuffisances n'ont pas été observées (Kafando & Ridde 2010). Au Niger, on note la quasi absence de documents comptables, tel que le livre de trésorerie où devraient être consignés l'ensemble des dépenses et des recettes effectuées.

Le système d'archivage des données est également défaillant dans les deux pays. En effet, les outils de gestion ne sont souvent disponibles que sur une courte période, notamment pour les années récentes. Il est assez difficile de trouver des documents de gestion qui remontent à plusieurs années, soit parce qu'ils ont été détruits pour faire de la place, comme ce fut le cas au Mali, ou tout simplement car il manque les ressources matérielles et humaines nécessaires pour procéder à un archivage adéquat des outils. Au Niger par exemple, l'ensemble des données financières sont enregistrées sur des fiches sur papier libre et non consignées dans des documents regroupés et archivés. Les trésoriers communautaires ont des difficultés, aussi bien matérielles que techniques, pour archiver et garder correctement ces données. En plus, certaines formations sanitaires en milieu rural ne disposent tout simplement pas de gestionnaire. Pour faire face à cette insuffisance au Mali « un membre du corps médical cumule la fonction de gestionnaire avec ses tâches quotidiennes, ce qui ne facilite pas un bon remplissage et d'archivage des outils de gestion » (Konaté & al. 2003 : 21).

Des outils essentiels, notamment les carnets de banque et de caisse, restaient inaccessibles lors de notre étude, malgré le fait que des lettres officielles des Ministères de la santé dans les deux pays invitaient les différents responsables à mettre à la disposition de l'équipe de recherche ces documents. Balique et al (2001 : 42) avaient déjà noté ce manque de transparence dans les activités et les comptes des ASACO au Mali qui créent souvent une opacité dans leur fonctionnement. Il faut noter cependant que nous n'avons pas rencontré les mêmes difficultés au Burkina Faso qui dispose d'un système de santé moins décentralisé avec une gouvernance communautaire moins présente (Kafando & Ridde 2010).

Effets différents des politiques de gratuité sur les finances des formations sanitaires

Les effets des politiques d'exemptions sur la viabilité financière des formations sanitaires sont contrastés selon les pays. Si au Mali, l'exemption ne semble pas avoir eu d'effets sur les finances communautaires, ce n'est pas le cas au Niger, où les caisses des formations sanitaires ont été pratiquement vidées après trois années de mise en œuvre de la politique d'exemptions.

L'évolution des indicateurs comptables (dépenses, recettes, taux de recouvrement et niveau de trésorerie) présentent une légère tendance à la hausse depuis la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme en 2007 au Mali. Si la politique n'a pas eu d'effets significatifs sur les finances communautaires au Mali, c'est certainement parce qu'elle ne porte que sur la distribution gratuite des CTA et que la consultation reste payante. Cette légère hausse des recettes pourrait s'expliquer par la hausse des consultations qu'a provoquée cette politique (cf. Heinmueller & Ridde, *infra*, chapitre 20). Cependant, la politique d'exemptions des CTA aurait pu avoir plus d'effets financiers significatifs si elle avait été basée sur le remboursement et non la fourniture d'intrants : les formations sanitaires auraient acheté et distribué les CTA en se faisant rembourser par l'État avec un bénéfice, comme c'est le cas au Burkina Faso dans le cadre de la politique de subvention des SONU (cf. Belaid & Ridde, *supra*, chapitre 9). Mais il aurait fallu que ces remboursements soient effectifs. La fourniture gratuite d'intrants sans compensations des bénéficiaires perdus a fait craindre aux ASACO une perte financière importante. Il semble cependant que cela n'ait pas été le cas. Les pertes financières des ASACO, provoquées par l'absence de bénéfice sur la vente des CTA rendus gratuits par l'État, ont certainement été compensées par la hausse du nombre de consultations (toujours payantes) que cette politique a provoquée.

Au Niger en revanche, les finances communautaires ont baissé au fur et à mesure que la politique se mettait en place. Étant donné que l'État n'arrivait pas à rembourser ce qu'il devait aux formations sanitaires, celles-ci ont utilisé leurs ressources thésaurisées pour faire face aux dépenses accrues et engendrées par la politique d'exemptions qui a provoqué une hausse importante et soudaine du recours aux soins par les populations cibles (Lagarde, Barroy & Palmer 2012 : 31). En effet, la trésorerie des formations sanitaires était pratiquement vide lors de la dernière année concernée par notre étude. Ces difficultés ont également été relevées au Burundi où les hôpitaux, du fait des retards de remboursement constatés dans le cadre de la gratuité des soins lancé en 2006, ont été obligés d'utiliser leurs ressources pour financer l'achat des médicaments ou assurer le fonctionnement des formations sanitaires (Nimpagaritse & Bertone 2011 : ii69). Par contre, au Burkina Faso, où les retards de remboursement sont moins importants et d'une plus faible ampleur (Ridde, 2011 : ii35), les formations sanitaires de base n'ont pas connu de graves problèmes de trésorerie après la mise en œuvre de la politique de subvention des SONU.

Les effets de la politique d'exemptions en faveur des enfants de moins de cinq ans seraient donc largement positifs si l'État nigérien remboursait les formations sanitaires convenablement. Le calcul des recettes hypothétiques basé sur une probabilité de

remboursement total, et à temps, montre en effet que les formations sanitaires seraient largement bénéficiaires.

Conclusion

Les difficultés de mise en œuvre des politiques d'exemptions, lorsqu'elles sont exacerbées, peuvent mettre à mal la santé financière des formations sanitaires. Mais lorsqu'elles sont correctement mises en œuvre, les politiques d'exemptions peuvent être des leviers de renforcement de la viabilité financière des structures de santé. Enfin, cette étude montre qu'il paraît important d'apporter plus de rigueur dans la production et la gestion des informations sanitaires, notamment en ce qui concerne les données financières et comptables. Ceci faciliterait la transparence, mais aussi les évaluations des formations sanitaires, afin de déterminer les effets des différentes politiques d'exemptions qui sont en train d'être expérimentées dans plusieurs pays.