

Conférence nationale pour le renforcement de la gratuité des soins au Niger

Les retards de remboursement : Le problème, ses causes, ses conséquences

JP. Olivier de Sardan (jeanpierre.olivierdesardan@ird.fr), Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL, Niger)



Cette note a été préparée pour la conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger (mars 2012) dans le cadre d'un projet régional sur l'accessibilité financière en Afrique de l'Ouest conduit par l'université de Montréal (financement ONG HELP/ECHO).

Messages clés

- Des mesures d'exemption de paiement mises en œuvre sans préparation suffisante.
- Des retards de remboursement catastrophiques qui handicapent le fonctionnement des formations sanitaires.
- Améliorer l'accès aux soins ne doit pas se faire aux dépens de la qualité des soins.
- Une perte de confiance en l'Etat.

Mars 2012



Depuis déjà plusieurs années, les retards de remboursement des formations sanitaires (FS) par l'État sont un problème majeur de la politique de gratuité des soins pour certaines catégories de populations vulnérables. Ces retards sont connus de tous. La « cellule gratuité » du Ministère de la santé publique (MSP) a reconnu la gravité de la situation, les pouvoirs publics en ont été avertis en diverses occasions, les ONG ont communiqué sur ce thème, et le syndicat des personnels de santé¹ a fait du remboursement des arriérés une de ses revendications majeures. Mais peu de voix par contre se sont fait entendre quant aux causes et aux conséquences de ces retards².

Après avoir résumé les données de base du problème des retards, nous nous intéresserons donc aux facteurs qui sont à l'origine de cette situation, et aux effets directs et indirects qu'elle a engendrés³.

Les retards de remboursement : un problème grave, diagnostiqué mais non résolu

Dans le système de financement de la santé au Niger, qui reste régi au niveau des usagers par le recouvrement des coûts⁴, les FS « avancent » le coût des prestations et médicaments aux bénéficiaires de la gratuité, et se font rembourser ensuite par l'Etat, qui agit comme un tiers-payant, à partir d'une facture établie sur la base d'un tarif forfaitaire. Théoriquement ce remboursement devrait se faire dans un délai d'un mois, soit quinze jours après la réception de la facture au Ministère de la santé [1]. Nous en sommes extrêmement loin.

Voici par exemple l'état des factures dues en 2010 au district sanitaire (DS) de Say [2] :

Le comité de gestion (COGES) avait en 2006, avant la gratuité, une réserve bancaire de 58.000.000 FCFA qui était en 2010 complètement épuisée. Plus de la moitié des factures émises par les FS n'ont pas été honorées par l'État⁵. À ce jour, le total des sommes dues par l'État aux FS s'élève à plus de 11 milliards de francs CFA.

2007	8.304.650 FCFA
2008	17.648.400 FCFA
2009	85.247.950 FCFA
Total	111.191.000 FCFA

Mais, en fait, derrière ces retards se profilent deux phénomènes distincts :

- d'une part, un sous-financement de la gratuité : les prévisions budgétaires ont été longtemps très insuffisantes, et les sommes réellement décaissées parfois bien plus insuffisantes encore ;
- d'autre part, un circuit de remboursement et de paiement complexe, parsemé d'embûches, d'où découlent de grandes inégalités entre FS quant aux remboursements.

Le sous-financement de la gratuité

Dès le début de la gratuité pour les enfants de moins de cinq ans (qui constituent la majorité des consultations et formaient la majorité des recettes des centres de santé intégrés), les retards de remboursement étaient inévitables. En effet, l'État n'a prévu que deux milliards de francs CFA pour le budget de la première année⁶, en 2007, sur lesquels seulement 70 millions ont été effectivement décaissés fin 2007, soit 4% du montant prévu ! La gratuité est donc née sous le signe des retards de remboursement.

Par la suite, ces retards n'ont fait que s'accroître d'année en année : fin 2010, ils se montaient déjà à près de 15.632.749.000 FCFA.⁷

Entre 2006 et 2010, une aide budgétaire provisoire de « dépannage » de la France (via l'AFD) a permis, non pas de combler ces retards, mais d'éviter qu'ils ne soient encore pires. Elle s'est montée à 3 milliards de francs CFA au total (soit environ 20% de ce que l'État nigérien a de son côté consacré à la gratuité pendant la même période). Cette aide a pris fin en 2011.

En 2011, on a pu noter une amélioration très substantielle des prévisions budgétaires qui ont doublé, pour atteindre huit milliards de francs CFA. Toutefois, cet accroissement est resté insuffisant par rapport au coût estimé de la gratuité pour cette même année par le MSP (9,2 milliards)⁸ et n'a donc pas empêché le déficit de se creuser encore, bien que de façon beaucoup plus faible. On ne dispose d'ailleurs pas encore des chiffres des montants effectivement décaissés pour cette période. Quant aux mesures annoncées de gratuité de l'accouchement assisté, si des rallonges budgétaires ne sont pas accordées, elles pourraient aggraver la situation. On est donc confronté aujourd'hui à deux problèmes distincts :

- la nécessité de budgétiser (et de décaisser réellement) désormais chaque année une somme de dix milliards environ effectivement nécessaire pour financer la gratuité dans son périmètre actuel (que ce soit sur la base des ressources nationales seules, ou avec la contribution de financements extérieurs garantis et pérennes) : malgré les progrès récents, ce n'est pas encore acquis ;
- le remboursement des arriérés accumulés : cette dette de plus de 15 milliards envers les FS de tout le pays est en effet insupportable pour celles-ci, dont les trésoreries ont été asséchées, et qui ont dû s'endetter auprès des fournisseurs de médicaments.

Les goulots d'étranglement du circuit de remboursement [3]

Mais, outre le problème fondamental du sous-financement structurel que nous venons d'évoquer, divers dysfonctionnements sont à noter tout au long du circuit de remboursement. Celui-ci suit les procédures complexes de la dépense publique. De multiples et successives signatures sont nécessaires pour valider les factures et débloquer les fonds. À chaque niveau (cellule gratuité du MSP, Ministère de l'économie et des finances (MEF), Trésor public) des goulots d'étranglement, pour des causes diverses, peuvent freiner le circuit. Mais c'est en particulier au niveau du MEF et du Trésor que des retards supplémentaires se manifestent, en fonction des libérations de crédits par le MEF, et surtout de la disponibilité en liquidités au niveau du Trésor.

Divers contrôles sont opérés tout au long de la chaîne quant à la régularité des factures qui ralentissent le processus : par la cellule gratuité, par la division comptabilité et finances du MEF, par l'AFD pendant quelques années (pour les factures devant être payées par l'aide budgétaire française), par le contrôleur financier du MSP, etc. Le rejet des factures non conformes, qui sont retournées aux FS qui ont commis des erreurs dans leur élaboration, allonge évidemment les délais. Mais il faut souligner à la décharge des gestionnaires et des médecins-chefs que la gratuité a fortement accru la diversité des documents de gestion à tenir à jour et la complexité des tâches bureaucratiques, qui les envahissent de plus en plus.



La gestion des retards

Face à ces diverses causes de retard, la cellule gratuité, avec des moyens dérisoires au début, a dû gérer la pénurie et la pression des districts et hôpitaux. Longtemps, elle a même reçu directement des factures amenées par un médecin-chef ou un gestionnaire. Mais les modalités des remboursements ne dépendent pas d'elle pour une grande part: le Trésor établit ses propres priorités.

Or, on constate de grandes disparités dans les montants et dans les calendriers de remboursements. Par exemple, des enquêtes menées en 2011 montrent que le DS de Dosso n'avait jusqu'à fin 2010 été remboursé que pour 32% de ses factures, alors que le DS de Loga, dans la même région sanitaire, avait été remboursé à hauteur de 72 % sans que rien n'explique apparemment cette différence [4].

Le problème est que ces disparités sont perçues par les FS « malchanceuses » comme autant d'inégalités et d'injustices dont les causes sont obscures, ce qui évidemment enclenche diverses rumeurs. Les critères selon lesquels les FS sont remboursées n'ont jamais été explicités.

Les nouvelles inégalités

À ces inégalités aléatoires dans les remboursements par l'État s'ajoute un autre facteur d'inégalités : l'appui ou non par des ONG. En effet, certaines FS bénéficient d'un appui important (technique, financier, en médicaments, etc.) de la part d'ONG qui développent une politique de soutien à la gratuité des soins (MDM, Help, etc.). Ces FS peuvent donc supporter sans dommage les retards de remboursement, alors que d'autres, au contraire, n'ont pas de soutien extérieur et sont seules à gérer le dénuement et ses conséquences. De même, les simples dons en médicaments divers varient considérablement d'un district à l'autre. En 2009-2010, le montant estimé des dons en médicaments reçus par le DS de Loga est de 41 millions de francs CFA, pour moins de deux millions pour le DS de Douchi [4].

Causes et conséquences des retards de remboursements

Les causes

L'impréparation qui a caractérisé les décisions officielles de la gratuité explique sans doute une grande partie du problème des retards. Cette impréparation a été en effet autant budgétaire que technique ou communicationnelle. Elle a d'abord été le fait du gouvernement nigérien de l'époque, puisque les mesures de gratuité ont été le produit d'une décision souveraine soudaine du chef de l'État. Mais la Banque mondiale, qui a fortement incité l'adoption de cette politique, n'a rien prévu de son côté pour l'accompagner. Quant aux partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé (Belgique, Espagne, France, etc.), ils ont été mis devant le fait accompli, et ont donc été réticents à contribuer au financement de la gratuité (hormis la France, pour une durée limitée).

Par ailleurs, les personnels de santé et les COGES ont eux aussi été mis devant le fait accompli : aucun débat, que ce soit entre professionnels ou avec les usagers, n'a véritablement eu lieu préalablement à l'annonce de la gratuité et relativement à son principe ou aux modalités de sa mise en œuvre. Ceci n'est pas sans conséquence, dans la mesure où une partie non négligeable des personnels de santé, qui avaient été formés dans le recouvrement des coûts, est réticente face à la forme qu'a prise la « politique » de gratuité⁹. Cette réticence n'a pas trouvé d'expression publique, mais crée un malaise incontestable. C'est pourquoi, une initiative telle que la conférence nationale prévue en mars 2012 est excellente. En permettant que chacun s'exprime et qu'un véritable débat ait enfin lieu, elle doit permettre de dissiper ce malaise.

Un autre problème de la politique de gratuité est relatif à l'absence de stratégie claire en ce qui concerne les modes de financements du secteur de la santé. Tout se passe depuis longtemps au coup par coup, pour faire face à des problèmes dans l'urgence : face à l'absence de médicaments dans les centres de santé, les partenaires ont promu le recouvrement des coûts auquel le Niger a adhéré ; face aux mauvais indicateurs en matière de santé maternelle et infantile, et aux difficultés d'accès des plus démunis, une campagne internationale en faveur de la gratuité s'est développée, que le Niger a rejoint. En même temps, on promeut les mutuelles, pourtant menacées par la gratuité, ou on évoque une couverture universelle sans en élaborer le financement précis. Quand les DS et les COGES, pour faire face au problème des évacuations, développent dans tout le pays une initiative de « centimes additionnels » qui s'avère efficace, on interdit subitement leur perception sur les consultations gratuites (ce qui menace tout le système) sans proposer d'alternative. On décide tout aussi subitement que les dons doivent être valorisés sans que ni le périmètre de ces dons ni les modalités de valorisation ne soient clairs. Des hôpitaux de la mère et de l'enfant sont implantés à l'initiative d'un bailleur sans tenir compte de la carte sanitaire... Au total, on a plus affaire en matière de santé à des réponses ponctuelles et désordonnées, soumises aux pressions extérieures et au gré des changements de décideurs nationaux, qu'à une véritable politique nationale réfléchie et cohérente, et se donnant les moyens de ses ambitions.

Le caractère improvisé de cette politique et les incohérences de sa mise en œuvre ne sont toutefois pas spécifiques à la gratuité ou à la santé. On les retrouve dans de nombreux domaines de l'action publique (cf. par exemple le cas de la décentralisation, où l'Etat n'a tenu pendant longtemps aucune de ses promesses envers les communes, et ne leur a ni versé les subventions annoncées, ni même rétrocédé les taxes prélevées en leur nom).

Les conséquences

La principale conséquence du problème des remboursements a bien sûr été l'assèchement de la caisse des COGES. Ceux-ci détenaient, avant la gratuité, des trésoreries assez bien garnies. Mais, assez vite, les caisses ont été vidées, puisqu'il fallait bien continuer à acheter des médicaments sans attendre les remboursements pour servir les patients¹⁰. La politique de gratuité a donc été paradoxalement en grande partie financée par les contributions des usagers accumulées dans les caisses des COGES, qui ont été obligés de se substituer aux défaillances de l'Etat et de payer à sa place. Peu à peu, les FS ont renoncé à acheter certains médicaments trop chers (par exemple les sirops pédiatriques), et leurs pharmacies ou leurs laboratoires se sont trouvés en ruptures de stock de molécules ou de réactifs. Cela a entraîné de ce fait, face à la pénurie, deux principaux types de stratégies [2, 5]¹¹ :

- la pratique des « doubles ordonnances » (une pour la pharmacie de la FS, avec quelques médicaments basiques gratuits, peu coûteux pour le COGES, et une autre pour une pharmacie privée où le patient devra aller s'approvisionner)¹² ;
- la pratique des références excessives (faute de médicaments, ou pour éviter d'avoir à donner des médicaments coûteux, on envoie à l'hôpital de district ou régional des patients qui auraient normalement dû être traités sur place).



Les retards de remboursements, et leurs conséquences indirectes, sont aussi à la base d'une certaine démotivation du personnel de santé, qui peut affecter leur diligence, d'autant qu'ils doivent effectuer un travail supplémentaire du fait de l'affluence accrue des patients¹³.

Conclusion

Les succès des politiques de gratuité au plan de l'amélioration de l'accès aux soins sont indéniables, et le MSP comme les ONG intervenant en ce domaine ont largement souligné ces aspects.

On a aussi attiré l'attention nationale et internationale sur les retards de remboursements en tant que menaçant la pérennité de la politique de gratuité. Mais les retards de remboursements ne sont pas que des freins financiers et budgétaires, ils ont aussi, comme l'impréparation et l'improvisation qui ont caractérisé la mise en œuvre de cette politique, des conséquences négatives au plan de la qualité des soins, notamment du fait d'absence de certains médicaments et du découragement ou du manque d'implication de nombreux personnels de santé.

On peut penser que le grand enjeu de la politique de gratuité dans les années à venir sera de prouver qu'elle n'est pas nécessairement assortie d'une baisse de la qualité¹⁴. Ceci implique que la politique de gratuité s'insère dans une politique plus vaste d'amélioration de la qualité des soins.

Mais un règlement définitif et durable des problèmes des retards de remboursement est un point de passage obligé de toute politique de gratuité. C'est une priorité absolue que de trouver un financement suffisant et durable.

C'est aussi la crédibilité de l'État du Niger qui est en jeu. Les retards de remboursement ont alimenté une méfiance déjà assez largement répandue vis-à-vis des capacités de l'État à tenir ses promesses. Comment inverser la tendance ?

L'auteur remercie A. Diarra et M. Moha du LASDEL (Niger) ainsi que V. Ridde et L. Queuille du CRCHUM (Canada) pour leur lecture critique des versions intérimaires de ce document.

Cette note et d'autres documents concernant l'accessibilité financière aux soins de santé en Afrique de l'Ouest sont disponibles sur les sites de l'ONG HELP (www.help-ev.de), de la communauté de pratique HHA « Accès financier aux services de santé » (<http://www.hha-online.org/hso/financing/knowledge>), de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>) et du Lasdel (www.lasdel.net).

Références

1. MSP/DOS. 2007. « Gestion de la gratuité des soins au Niger ». 2007, Niamey : MSP/DOS
2. Diarra, A. 2011 « La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say ». LASDEL, Etudes et Travaux n° 96 (téléchargeable sur www.lasdel.net)
3. Ousséini, A. 2011. « Une politique publique de santé au Niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants ». LASDEL, Etudes et Travaux n° 91 (téléchargeable sur www.lasdel.net)
4. Kafando Y., Mazou B., Kouanda S., Ridde V. 2011. « Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires ». LASDEL, Etudes et Travaux n° 99 (téléchargeable sur www.lasdel.net)
5. Ousséini, A. 2011. « 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 » ; LASDEL, Etudes et Travaux du LASDEL, n° 92 (téléchargeable sur www.lasdel.net)

Notes de fin

¹ SUSAS, syndicat unique de la santé et de l'action sociale

² Le LASDEL a toutefois produit et diffusé auprès des autorités, services et institutions concernés, en mars 2010, une note d'information « Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger » qui posait ces problèmes.

³ La présente note s'appuie sur les recherches menées par le programme de recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest : Mali, Burkina Faso, Niger », fondées sur des enquêtes de terrain socio-anthropologiques (entretiens auprès de l'ensemble des acteurs concernés, observations approfondies, études de cas). Il se base sur les rapports produits par le LASDEL, dont certains, cités ci-après, ont été publiés dans la collection « Etudes et Travaux du LASDEL ».

⁴ Il s'agit d'un recouvrement partiel, sous forme de versement par l'utilisateur d'un forfait. Ces recettes, qui vont aux FS, leur permettent d'effectuer leurs achats de médicaments et couvrent certains de leurs frais annexes (salaires d'un gestionnaire et d'un gardien, dépenses d'entretien, achats de petits matériels).

⁵ Au 31 décembre 2010, le taux de remboursement des factures était de 49% (données de la cellule gratuité citées in Médecins du Monde, 2011, « Gratuité des soins au Niger. Une option payante à consolider »)

⁶ Auxquels s'est ajoutée l'aide budgétaire de la France, via l'Agence française de développement (AFD), d'un montant d'un milliard.

⁷ Chiffres de la cellule gratuité du MSP

⁸ Cette somme est calculée en fonction de la demande de soins de l'année précédente multipliée par le prix unitaire des prestations et fournitures.

⁹ Certains contestent que les mesures de gratuité constituent une « politique » véritable, en voulant réserver le terme « politique » à des stratégies plus globales. Nous ne prenons pas position ici dans ce débat, et nous utilisons le terme « politique » dans le sens habituel des travaux de recherche regroupés sous l'appellation d'« analyse des politiques publiques », qui considèrent comme une « politique publique » tout ensemble de décisions et tout dispositif mettant en œuvre ces décisions dès lors qu'ils modifient de façon significative la délivrance de biens et services publics.

¹⁰ La trésorerie du DS de Dosso a connu une baisse de 75% entre 2006 et 2010.

¹¹ Pour des analyses détaillées de l'ensemble des stratégies rencontrées sur le terrain, cf. [2, 5].

¹² Cette pratique a été interdite. Mais l'interdiction du recours à l'ordonnancier n'a pas réglé le problème, faute de solution alternative proposée. Ce sont donc désormais des « bouts de papier » ou des « ordonnances orales » qui sont délivrés.

¹³ Toutefois cet excès de travail est parfois surestimé (cf. [4]). Mais, aujourd'hui, tout travail supplémentaire est considéré par les personnels comme devant donner lieu à une prime, même lorsque leurs horaires sont loin d'être surchargés. Des primes collectives ont certes été récemment accordées, mais elles apparaissent aux intéressés comme dérisoires.

¹⁴ Ce problème de la qualité des soins en liaison avec la gratuité n'a été abordé, en ce qui concerne le Niger, que par le LASDEL. De façon générale, c'est un « problème négligé » dans les débats sur la gratuité. C'est dans les FS non appuyées par des ONG médicales que le problème de la qualité se pose avec le plus d'acuité.

