

KAFANDO Y., MAZOU B., KOUANDA S., RIDDE V.

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



*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	3
<b>II. METHODOLOGIE .....</b>	<b>5</b>
UNE ETUDE QUANTITATIVE POUR ECLAIRER L'ANALYSE QUALITATIVE .....	5
DIFFICULTES RENCONTREES.....	7
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>9</b>
LES DEPENSES ET LES RECETTES .....	9
<i>LES DEPENSES</i> .....	9
<i>LES RECETTES</i> .....	11
<i>LES RECETTES INDIRECTES</i> .....	15
<i>LE TAUX DE RECOUVREMENT DES COUTS</i> .....	18
LES DONS OU APPUIS AUX DISTRICTS SANITAIRES.....	20
LES RUPTURES DE STOCK.....	22
SITUATION DU REMBOURSEMENT DE LA GRATUITE.....	25
LA TRESORERIE DES DISTRICTS SANITAIRES .....	26
<b>IV. CONCLUSION .....</b>	<b>29</b>

## LISTE DES SIGGLES

CNRST : centre national de recherche scientifique et technologique  
CRCHUM : centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal  
CSI : centre de santé intégré  
DS : district sanitaire  
F CFA : franc de la communauté financière africaine  
FS : formation sanitaire  
IRSS : institut de recherche en sciences de la santé  
LASDEL : laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local  
LCE : projet de lutte contre les épidémies  
MCD : médecin chef de district  
MEG : médicaments essentiels génériques  
MSF: médecins sans frontières  
ONG : organisation non gouvernementale  
ONPPC : office national des produits pharmaceutiques et chimiques  
PAPDS : programme d'appui à la mise en œuvre du programme de développement sanitaire  
PNLP : programme national de lutte contre le paludisme  
PTF : partenaires techniques et financiers  
RC : recouvrement des coûts  
SRO : stratégie de réhydratation orale  
TRC : taux de recouvrement  
UNICEF : fonds des nations unies pour l'enfance  
USAID: united state agency for international development

# 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

*Kafando Y. (IRSS/CNRST Burkina Faso),  
Mazou B. (LASDEL Niger),  
Kouanda S. (IRSS/CNRST Burkina Faso),  
Ridde V. (CRCHUM, Université de Montréal, Canada)*

## ***Introduction<sup>1</sup>***

Lever les barrières financières pour permettre l'accès d'une grande majorité de la population aux services de santé est devenue l'une des stratégies promues par les pays d'Afrique, l'Union Africaine et soutenues par les partenaires techniques et financiers (PTF) et les organismes internationaux (Sambo L. et al, 2011). En effet, plus d'une quinzaine de pays en Afrique au Sud du Sahara mettent en œuvre des politiques visant à exempter tout, ou une partie de la population, du paiement direct des services de santé (Meessen B. et al, 2009; Ridde V., Robert E. et Meessen B., 2010).

À l'instar de plusieurs pays africains, le Niger a entrepris depuis avril 2006 de rendre gratuit au point de service tous les soins pour les enfants de moins de cinq ans ainsi que la césarienne en novembre 2005.

Si beaucoup d'études ont été menées sur les processus de mise en œuvre de ces politiques ainsi que ses effets sur l'utilisation des services par les populations, peu d'entre elles se sont intéressées à l'impact financier de cette politique sur le fonctionnement des formations sanitaires (Ridde V. et Morestin F., 2009). Pourtant, la plupart des études qualitatives, notamment celles entreprises dans le cadre du programme de recherche sur l'abolition du paiement coordonné par l'université de Montréal et le LASDEL, ont montré que de nombreux acteurs s'inquiétaient de ces impacts néfastes possibles sur le financement des formations sanitaires. Mais seule une étude quantitative permet de mesurer de tels impacts perçus à la suite des études qualitatives qui, elles, ont été capables de rendre compte de l'inquiétude des acteurs sur ce sujet (Ousseini A., 2010 ; Ousseini A., 2011 ; Diarra A, 2011).

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de la politique de gratuité des enfants de moins de cinq ans sur la capacité financière de trois districts sanitaires (DS) au Niger. Une collecte et une analyse des données financières et comptables ont été réalisées dans trois districts sanitaires du Niger concernant la période de 2004 à 2010.

---

1 Cette recherche a été coordonnée par V. Ridde, les données ont été collectées par B. Mazou avec le soutien de Y. Kafando. Les analyses ont été réalisées par Y. Kafando avec le soutien de V. Ridde et B. Mazou et la relecture de S. Kouanda.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

## I. MÉTHODOLOGIE

### ***Une étude quantitative pour éclairer l'analyse qualitative***

L'étude s'est déroulée dans trois districts sanitaires (Dosso, Douchi et Loga). Dans une perspective de méthodes mixtes (Pluye et al, 2009), ils ont été choisis car nous y avons entrepris des études qualitatives qui mettaient au jour des perceptions des difficultés financières que la présente étude tente de vérifier. Nous avons donc entrepris une étude mixte de type séquentiel, les données quantitatives venant éclairer les résultats qualitatifs. L'ensemble des données financières et comptables de ces trois districts sanitaires ont été collectées et traitées par un assistant de recherche formé à cet effet (MB). Nous avons repris et adapté une méthode éprouvée au Burkina Faso par notre équipe de recherche (Kafando Y. et Ridde V., 2010 ; Ridde V 2003). La collecte des données s'est déroulée du 26 septembre au 30 octobre 2010.

Les trois districts sanitaires retenus pour l'étude fonctionnent sous le système dit de la *caisse unique*. Il existe en effet au Niger deux systèmes de gestion du paiement des soins dans les districts sanitaires. Dans ce premier système dit de caisse unique, tous les centres de santé intégrés (CSI) du district sanitaire regroupent leurs recettes au niveau du compte du district sanitaire. Dans ce système, c'est le district sanitaire qui s'occupe de l'approvisionnement des CSI 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 CSI dispose de son propre compte et effectue lui-même ses dépenses et enregistre ses recettes selon un processus le plus décentralisé.

La collecte des données s'est effectuée essentiellement au niveau des districts sanitaires qui colligent toutes les informations nécessaires à cette étude. Les données collectées concernent les dépenses, les recettes, les dons reçus par les districts sanitaires, les ruptures de stock des médicaments ainsi que la trésorerie et les remboursements effectués par l'État dans le cadre de la politique de gratuité. Ces données ont été relevées à l'aide des fiches élaborées spécifiquement à cet effet.

Les dépenses concernent l'ensemble des sorties d'argent enregistrées au niveau du district sanitaire. Les recettes regroupent toutes les entrées d'argent enregistrées par le district sanitaire. Les recettes sont essentiellement composées de la vente des médicaments et du centime additionnel, ce dernier est une contribution financière des patients au fonctionnement du système de référence-évacuation (tableau 1).

Pour accompagner la mise en œuvre de la politique de gratuité décidée par l'État, un certain nombre de PTF et d'organismes internationaux mais aussi de particuliers apportent un appui sous la forme de dons en médicaments ou en consommables médicaux aux districts sanitaires. Ces appuis ont été répertoriés et valorisés en tenant compte de la fixation du prix unitaire des molécules pendant la période de l'offre, tel que fournis par l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) du Niger.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Tableau 1. Composition des dépenses et des recettes*

<b>Composition des dépenses</b>	
Médicaments	Achats de médicaments
Outils de gestion	Achats de fiches, de cahiers, etc.
Salaires et gratifications	Salaires payés au personnel de soutien
Autres coûts	Achat de gaz, prise en charge réunion, assemblée générale, etc.
<b>Composition des recettes</b>	
Recouvrement des coûts	Vente de la consultation, des actes médicaux et des médicaments
Centime additionnel	Prime de 100 F CFA récupérée sur chaque patient

Afin d'apprécier l'impact de la politique de gratuité sur la disponibilité des médicaments, il a été procédé à l'analyse des niveaux de ruptures de stock des médicaments. Les ruptures de stock concernent toute indisponibilité de molécules pendant une période déterminée au sein du dépôt pharmaceutique du district. Cette rupture est normalement enregistrée au niveau des fiches de stock des médicaments par le gérant du dépôt pharmaceutique. Les ruptures de stock des molécules sont comptabilisées en nombre de jours où l'on a noté l'absence de la molécule dans le dépôt pharmaceutique.

La trésorerie du district sanitaire concerne toutes les sommes d'argent disponibles en banque ou auprès du trésorier du district. Les remboursements concernent les coûts liés à la prise en charge gratuite des enfants de moins de cinq ans et la césarienne que l'État du Niger s'est engagé à rembourser aux formations sanitaires (FS). Le remboursement des formations sanitaires se fait sur la base de tarifs forfaitaires qui varient en fonction du niveau de soins.

La fenêtre d'observation de la collecte est de cinq à six ans selon le district sanitaire. Pour être en mesure de porter un jugement sur les effets de la politique de gratuité sur les finances des districts, nous avons essentiellement comparé la situation avant et après la politique. Le nombre d'années avant et après la politique varie selon les districts (Tableau 2). L'application de la politique de la gratuité s'est faite à des dates différentes selon les districts sanitaires. Si certains districts ont mis en œuvre cette politique au lendemain de la prise de décision par le gouvernement nigérien, d'autres ont attendu quelques mois pour le faire, ce qui explique ici les différences dans la période de collecte des informations.



*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Tableau 2. Fenêtre d'observation et nombre de formations sanitaires par district*

	<b>DS de Dosso</b>	<b>DS de Doutchi</b>	<b>DS de Loga</b>
Fenêtre d'observation	Mai 2004 à avril 2010	Avril 2005 à mars 2010	Février 2005 à janvier 2010
Date de démarrage de la politique de gratuité	Mai 2007 <sup>2</sup>	Avril 2007	Février 2007
Nombre d'années total	6	5	5
Nombre d'années avant	3	2	2
Nombre d'années après	3	3	3
Nombre de CSI	37	24	16

L'unité de collecte est l'année. Ainsi, dans chaque district, nous avons collecté les données de tous les CSI sur une période 5 à 6 ans. Les données collectées étant incomplètes, nous avons seulement inclus dans l'analyse les CSI qui contenaient la totalité des données sur une année. Ce qui explique que le nombre de CSI inclus dans l'analyse varie selon l'année pour tous les districts et ce qui pourrait entraîner un biais de sélection.

### ***Difficultés rencontrées***

Il faut souligner que la collecte a souffert d'un manque d'outils ou de support de gestion dans les districts sanitaires, ce qui, en soit, est un résultat de recherche. En effet, dans les trois districts sanitaires de la présente étude, on a noté une quasi absence de documents comptables, tel que le livre de trésorerie (document où doivent être consignés l'ensemble des dépenses et des recettes effectuées). Lors de notre présence sur le terrain, les carnets de caisse ou de banque n'étaient pas non plus accessibles, malgré la lettre officielle de la Direction Régionale de la Santé Publique invitant les différents responsables à mettre à la disposition de l'enquêteur ces documents.

Le système d'archivage des données est également défaillant. L'ensemble des données financières étant enregistré dans 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. Il s'en suit de nombreuses approximations constatées lors de la collecte des données financières et comptables. Par ailleurs, la mise en œuvre de la politique de gratuité ne s'est pas accompagnée d'une mise en place d'outils harmonisés pour la gestion financière et comptable au niveau des districts sanitaires (Ousseini, A., 2011). Il est arrivé que des districts sanitaires mettent en place de façon autonome et isolée certains outils pour mieux gérer la politique de la gratuité. C'est le cas du district sanitaire de Dosso où l'actuel gestionnaire communautaire a conçu de façon autonome et introduit « *une fiche mensuelle d'analyse financière* » lors de son affectation au sein du district. Cette fiche a permis

---

<sup>2</sup> Une note du MCD du district de Dosso précise que la politique a été appliquée dès la réception de l'arrêté instituant la gratuité en mai 2006. Mais le district a été contraint d'abandonner la politique 3 mois plus tard avant de la reprendre en début 2007 (Source : note explicative sur la gratuité des soins 2006, août 2007).

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

notamment d'améliorer le suivi des sommes à rembourser aux formations sanitaires dans le cadre de la gratuité.

Cette situation explique en partie l'incomplétude, voire l'absence, des données concernant les dépenses au niveau des districts de Doutchi et de Loga. L'essentiel des analyses se base donc sur les données collectées au niveau du district sanitaire de Dosso qui sont relativement complètes par rapport aux deux autres districts sanitaires mais loin d'être parfaites, devons-nous ajouter.

## II. RÉSULTATS

### *Les dépenses et les recettes*

#### *Les dépenses*

Pour cette rubrique, seules les données du district sanitaire de Dosso sont suffisamment complètes pour permettre une analyse de l'évolution des dépenses.

Le DS de Dosso a dépensé en moyenne 37 millions de FCFA avant la mise en œuvre de la gratuité, contre 48 millions de F CFA environ après la mise en œuvre de la gratuité (tableau 3).

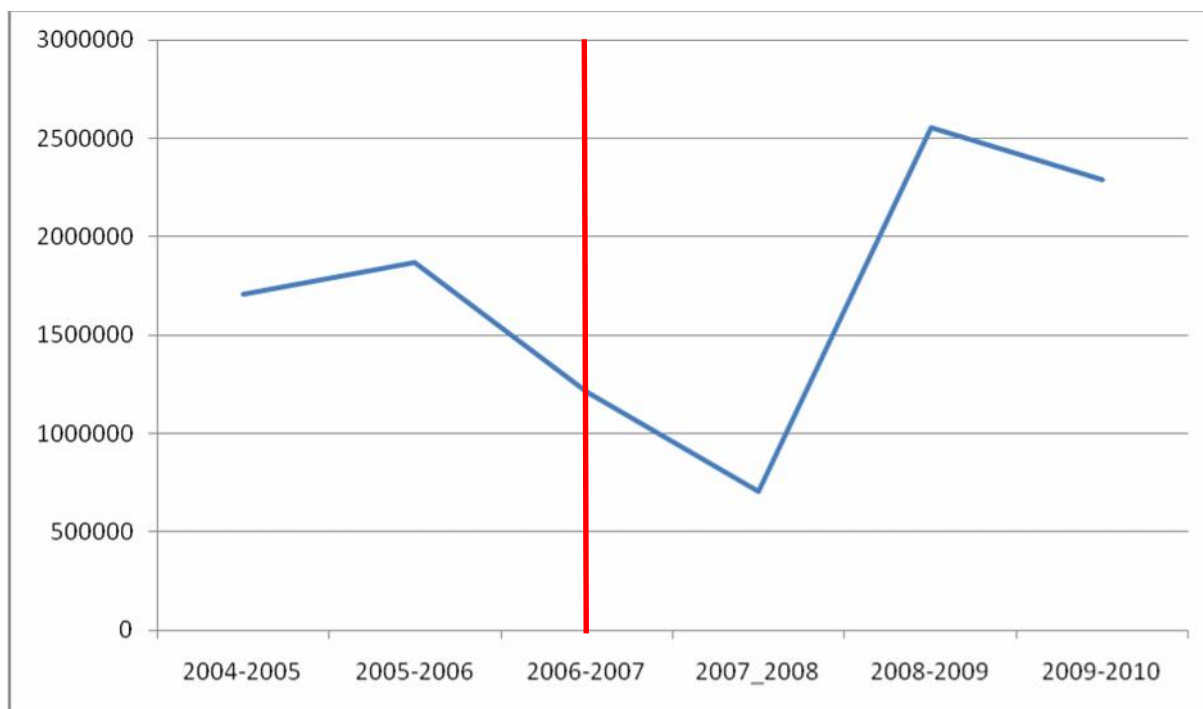
*Tableau 3. Évolution des dépenses totales annuelles du DS de Dosso*

Année	Dépenses totales	Nombre de FS	Dépenses moyennes par FS
<b>AVANT LA GRATUITE</b>			
2004-2005	39 216 379	23	1 705 060
2005-2006	42 947 881	23	1 867 299
2006-2007	27 787 036	23	1 208 132
<b>Total</b>	<b>109 951 296</b>		
<b>Moyenne</b>	<b>36 650 432</b>		<b>1 593 497</b>
Maximum	42 947 881		1 867 299
Minimum	27 787 036		1 208 132
<b>Ecart type</b>	<b>7 899 422</b>		<b>343 453</b>
<b>AVEC LA GRATUITE</b>			
2007-2008	16 151 563	23	702 242
2008-2009	58 765 362	23	2 555 016
2009-2010	68 772 939	30	2 292 431
<b>Total</b>	<b>143 689 864</b>		
<b>Moyenne</b>	<b>47 896 621</b>		<b>1 890 656</b>
Maximum	68 772 939		2 555 016
Minimum	16 151 563		702 242
<b>Ecart type</b>	<b>27 943 683</b>		<b>1 002 532</b>

Les dépenses totales annuelles effectuées par le DS de Dosso ont connu une augmentation avec la mise en œuvre de la politique de gratuité en 2007 (figure 1). La baisse lors de la première année (07-08) de la mise en œuvre de la politique s'explique par des erreurs d'écritures comptables qui ont ensuite été reportées l'année suivante (08-09).

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Figure 1. Evolution des dépenses moyennes par FS du DS de Dosso*



La majeure partie des dépenses effectuées par le DS de Dosso concerne l'achat des médicaments essentiels génériques (MEG) (Tableau 4).

*Tableau 4: Part des différentes rubriques de dépenses dans les dépenses totales du DS de Dosso*

ANNEE	Part des MEG	Part des outils de gestion	Part des salaires et gratifications	Part des autres coûts	TOTAL
<b>AVANT LA GRATUITE</b>					
2004-2005	69,86	16,13	13,76	0,25	100,00
2005-2006	66,75	14,91	14,46	3,89	100,00
2006-2007	64,03	14,45	14,90	6,63	100,00
Moyenne	67,17	15,23	14,32	3,28	100,00
<b>AVEC LA GRATUITE</b>					
2007-2008	65,55	16,69	12,82	4,94	100,00
2008-2009	65,68	17,62	10,57	6,13	100,00
2009-2010	71,62	12,95	11,75	3,69	100,00
Moyenne	68,51	15,28	11,38	4,83	100,00

En moyenne, 70% des dépenses sont consacrées chaque année à l'achat des médicaments contre 12% en moyenne pour les salaires et les gratifications et cela quelque soit la période (avant

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

gratuité vs gratuité). La répartition ne semble pas avoir changé avec la mise en œuvre de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans.

***Les recettes***

Les recettes concernent toutes les entrées d'argent issues du paiement direct des services de santé par les populations et du centime additionnel collecté également auprès des usagers des services pour participer au financement des ambulances utilisées pour les évacuations sanitaires. Elles ne prennent pas en compte « les recettes provenant de la subvention de l'État » dans le cadre de la politique de gratuité.

On note que dans l'ensemble, les recettes enregistrées par les districts sanitaires ont connu une légère baisse après la mise en œuvre de la gratuité et cela dans les trois districts. Mais cette baisse n'a pas été très importante, ce qui veut dire que les districts sanitaires ont réussi à maintenir leur niveau de recettes (tableau 5).

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

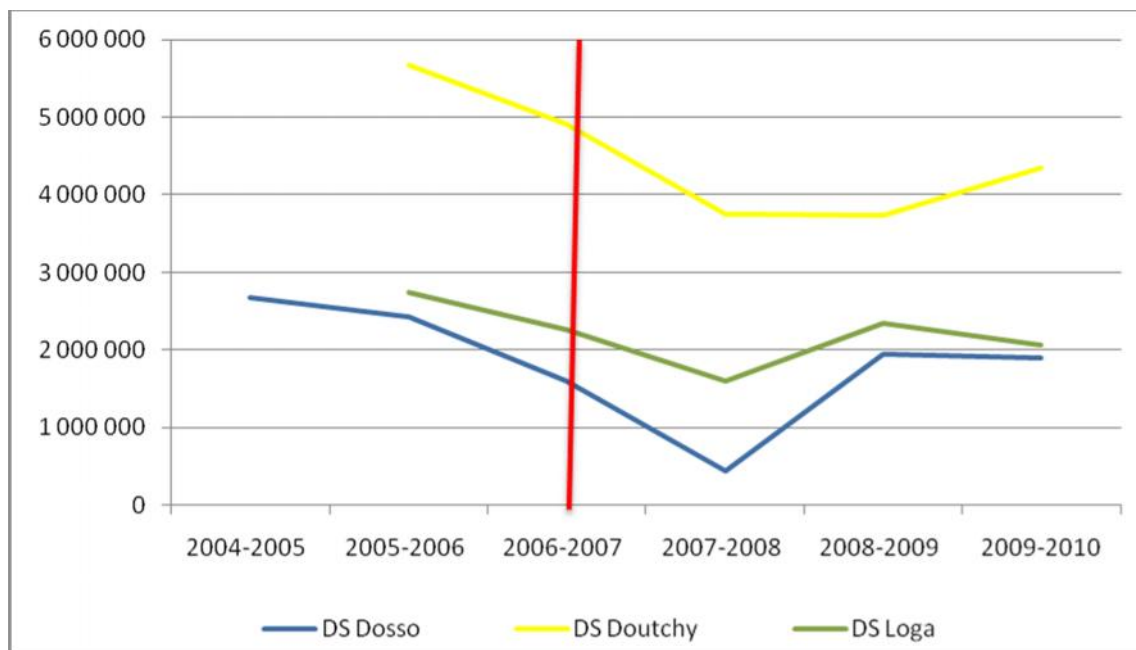
*Tableau 5. Recettes totales annuelles des trois districts sanitaires*

Année	DS Dosso			DS Doutchi			DS Loga		
	Recettes totales	Nombre de FS	Recettes moyennes par FS	Recettes totales	Nombre de FS	Recettes moyennes par FS	Recettes totales	Nombre de FS	Recettes moyennes par FS
<b>AVANT LA GRATUITE</b>									
2004-2005	61 449 720	23	2 671 727	-	-		-	-	
2005-2006	55 688 795	23	2 421 252	102 147 820	18	5 674 879	16 414 700	6	2 735 783
2006-2007	36 710 459	23	1 596 107	98 046 595	20	4 902 330	13 545 275	6	2 257 546
<b>Total</b>	<b>153 848 974</b>		<b>6 689 086</b>	<b>200 194 415</b>		<b>10 577 209</b>	<b>29 959 975</b>		<b>4 993 329</b>
<b>Moyenne</b>	<b>51 282 991</b>		<b>2 229 695</b>	<b>100 097 208</b>		<b>5 288 604</b>	<b>14 979 988</b>		<b>2 496 665</b>
<b>APRES LA GRATUITE</b>									
2007-2008	10 087 923	23	438 605	78 885 710	21	3 756 462	9 604 425	6	1 600 738
2008-2009	44 714 884	23	1 944 125	89 786 400	24	3 741 100	25 726 898	11	2 338 809
2009-2010	56 848 515	30	1 894 951	104 176 900	24	4 340 704	30 873 100	15	2 058 207
<b>Total</b>	<b>111 651 322</b>		<b>4 277 681</b>	<b>272 849 010</b>		<b>11 838 267</b>	<b>66 204 423</b>		<b>5 997 753</b>
<b>Moyenne</b>	<b>37 217 107</b>		<b>1 425 894</b>	<b>90 949 670</b>		<b>3 946 089</b>	<b>22 068 141</b>		<b>1 999 251</b>

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

Comme pour les dépenses, les recettes ont également connu une forte baisse la première année qui a suivi le démarrage de la politique de gratuité par l'État et cela dans tous les trois districts sanitaires (figure 2).

*Figure 2. Evolution des recettes moyennes par FS des trois districts sanitaires de 2004 à 2010*



Cette baisse a été vite rattrapée par la suite. En effet, à partir de 2009, on note une hausse des recettes enregistrées par les districts sanitaires. Cette situation est probablement liée aux différents appuis ou dons reçus de la part de certains PTF à la suite des nombreuses difficultés que rencontrent les districts sanitaires dans la mise en œuvre de la gratuité et qui ont permis de maintenir le niveau des recettes.

Il faut noter, comme le relève le rapport de Ousseini A. (2010)<sup>3</sup>, que les dons ou appuis en médicaments ne sont pas tous mis gratuitement à la disposition des populations mais vendus par les districts sanitaires. Ces sommes qui sont parfois importantes, comme on le verra plus loin, ont permis de renflouer la trésorerie des districts sanitaires.

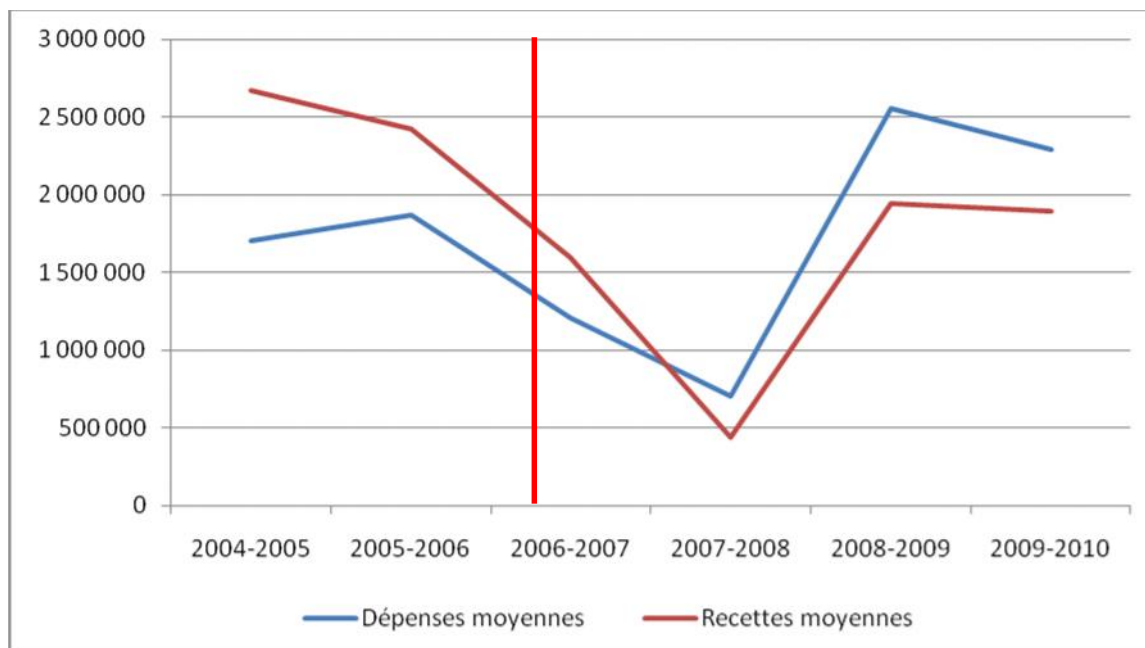
Cependant, d'une manière générale, le niveau des recettes (qui était supérieur au niveau des dépenses avant la mise en œuvre de la gratuité) est tombé en dessous du niveau des dépenses après la mise en œuvre de la gratuité, comme on peut le constater dans le district sanitaire de Dosso (figure 3).

---

<sup>3</sup> En effet, une lettre du MSP invitait toutes les formations sanitaires à répertorier tous les dons reçus de janvier 2009 à janvier 2010 et d'en estimer la valeur, afin de procéder à leur déduction des montants à rembourser. Mais pour les personnes favorables au recouvrement des coûts (RC), cela est une violation des textes qui prévoient que les caisses sont alimentées par les recettes provenant des prestations ; les cotisations faites par les populations ; les subventions en médicaments et les dons et legs.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Figure 3. Evolution des dépenses et des recettes moyennes par FS dans le district sanitaire de Dosso*



On note que la majeure partie des recettes enregistrées par les districts sanitaires provient du recouvrement des coûts (tableau 6).

*Tableau 6. Part du recouvrement des coûts et du centime additionnel dans les recettes totales du DS de Dosso.*

Année	Part du recouvrement des coûts	Part du centime additionnel
<b>AVANT LA GRATUITE</b>		
2004-2005	89,07	10,93
2005-2006	88,19	11,81
2006-2007	89,21	10,79
<b>Moyenne</b>	<b>88,79</b>	<b>11,21</b>
<b>AVEC LA GRATUITE</b>		
2007-2008	69,02	30,98
2008-2009	68,15	31,85
2009-2010	70,53	29,47
<b>Moyenne</b>	<b>69,44</b>	<b>30,56</b>



*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

La part des recettes provenant du recouvrement des coûts a néanmoins connu une légère baisse après la mise en œuvre de la gratuité, comme on peut le constater sur le tableau ci-dessus. À l’opposé, la part du centime additionnel est passée de 10% en moyenne par an avant la mise en œuvre de la gratuité à 30% après la mise en œuvre de la gratuité.

***Les recettes indirectes***

Les recettes indirectes (recettes provenant de la subvention de l’État dans le cadre de la gratuité des soins) sont pour la plupart supérieures aux recettes directes (recettes issues du paiement direct et du centime additionnel) comme le montre le tableau suivant.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Tableau 7. Recettes directes et recettes indirectes des trois districts sanitaires*

Année	DOSSO			DOUTCHI			LOGA		
	Recettes directes	Recettes indirectes	Recettes hypothétiques	Recettes directes	Recettes indirectes	Recettes hypothétiques	Recettes directes	Recettes indirectes	Recettes hypothétiques
<b>AVANT LA GRATUITE</b>									
2004-2005	61 449 720	0	61 449 720	-	-	-	-	-	-
2005-2006	55 688 795	0	55 688 795	102 147 820	0	102 147 820	16 414 700	0	16 414 700
2006-2007	36 710 459	0	36 710 459	98 046 595	0	98 046 595	13 545 275	0	13 545 275
<b>Total</b>	<b>153 848 974</b>		<b>153 848 974</b>	<b>200 194 415</b>		<b>200 194 415</b>	<b>29 959 975</b>		<b>29 959 975</b>
<b>Moyenne</b>	<b>51 282 991</b>		<b>51 282 991</b>	<b>100 097 208</b>		<b>100 097 208</b>	<b>14 979 988</b>		<b>14 979 988</b>
<b>AVEC LA GRATUITE</b>									
2007-2008	10 087 923	58 434 760	68 522 683	78 885 710	56 958 000	135 843 710	9 604 425	9 392 880	18 997 305
2008-2009	44 714 884	64 255 785	108 970 669	89 786 400	88 849 350	178 635 750	25 726 898	31 223 700	56 950 598
2009-2010	56 848 515	80 987 382	137 835 897	104 176 900	101 285 050	205 461 950	30 873 100	31 453 489	62 326 589
<b>Total</b>	<b>111 651 322</b>	<b>203 677 927</b>	<b>315 329 249</b>	<b>272 849 010</b>	<b>247 092 400</b>	<b>519 941 410</b>	<b>66 204 423</b>	<b>72 070 069</b>	<b>138 274 492</b>
<b>Moyenne</b>	<b>37 217 107</b>	<b>67 892 642</b>	<b>105 109 750</b>	<b>90 949 670</b>	<b>82 364 133</b>	<b>173 313 803</b>	<b>22 068 141</b>	<b>24 023 356</b>	<b>46 091 497</b>

Recettes directes : recettes issues du paiement direct + recettes du centime additionnel

Recettes indirectes : recettes enregistrées (mais pas toujours reçues) par les districts sanitaires dans le cadre de la politique de gratuité des soins

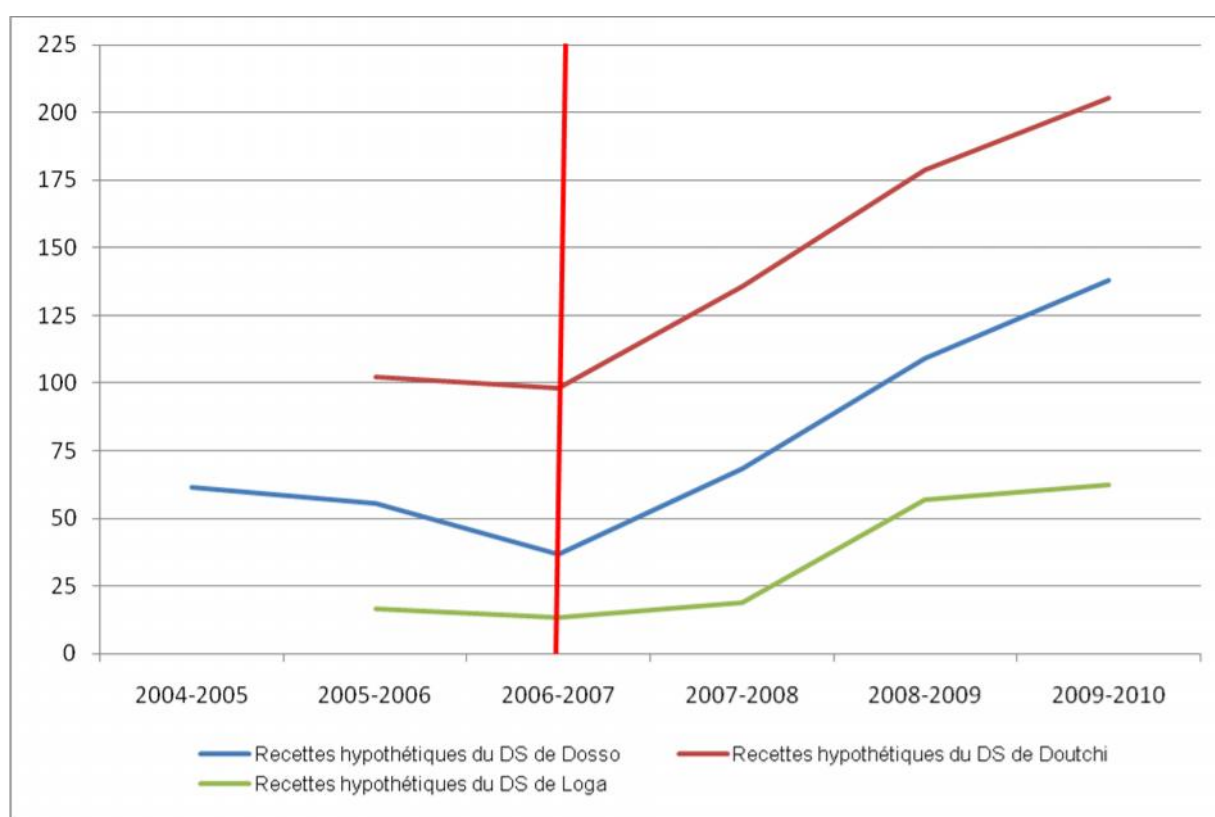
Recettes hypothétiques : recettes directes + recettes indirectes (si remboursées)

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

Dans certains districts comme celui de Dosso, les recettes indirectes atteignent presque le double des recettes directes qui proviennent du paiement des soins par les populations.

Si les recettes indirectes étaient versées régulièrement aux formations sanitaires, les recettes hypothétiques connaîtraient alors une hausse continue au fil des années dans tous les trois districts sanitaires (figure 4), suivant ainsi l'accroissement de la fréquentation des services de santé (Ridde et al, 2009 ; Barroy et Laouli, sous presse).

*Figure 4. Evolution des recettes totales hypothétiques (en millions de F CFA) par district sanitaire de 2004 à 2010*



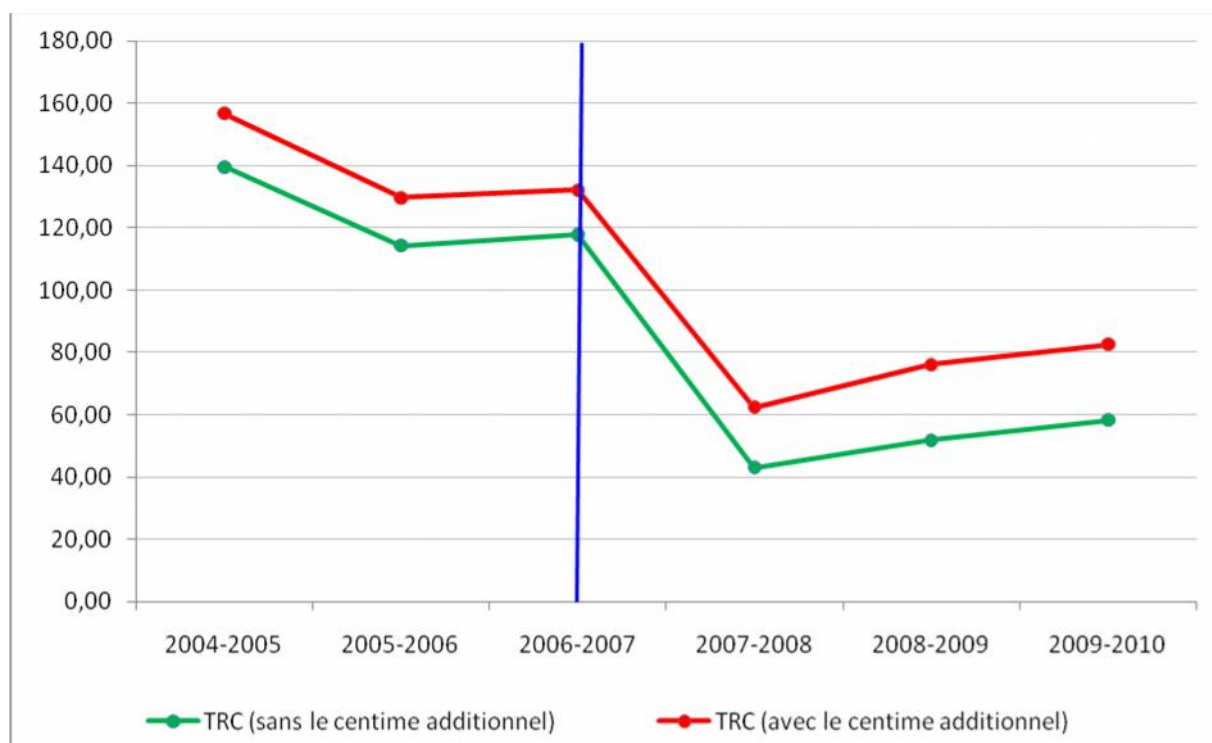
Les recettes hypothétiques par exemple passeraient de moins de 100 millions en 2006-2007 à plus de 200 millions en 2009-2010 dans le district sanitaire de Doutchi, soit un doublement en 3 ans.

Cette forte hausse des recettes hypothétiques peut s'expliquer par l'engouement qu'a créé la politique de gratuité qui a par conséquent amélioré considérablement l'utilisation des services de santé par les catégories exemptées (Barroy et Laouli, sous presse ; Lagarde et al, in press).

### *Le taux de recouvrement des coûts*

Le taux de recouvrement (TRC) des coûts à Dosso représente ici les recettes totales des districts sanitaires sur les dépenses qu'ils effectuent au cours d'une même période. Il n'a pas été possible de disposer des données de variation des stocks de MEG. Si le taux de recouvrement était largement positif avant la mise en œuvre de la gratuité, il a connu une forte baisse au fil des années pour s'établir en dessous de 100% en 2010 (Figure 5).

Figure 5. Taux (réel) de recouvrement des coûts par an dans le district de Dosso



En effet, si en 2004-2005, le district de Dosso enregistrait un taux de recouvrement de 160% environ, ce taux a chuté de moitié pour s'établir à moins de 80% en 2009-2010. Toutefois, le taux de recouvrement est largement positif si on prend en compte les recettes hypothétiques (tableau 8).

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Tableau 8. Taux hypothétique de recouvrement des coûts dans le district sanitaire de Dosso*

Année	Dépenses totales	Recettes totales 1 (sans CA)	Recettes totales 2 (Avec CA)	Recettes totales 3 (hypothétiques)	TRC 1	TRC 2	TRC 3
<b>AVANT LA GRATUITE</b>							
2004-2005	39 216 379	54 732 820	61 449 720	61 449 720	139,57	156,69	156,69
2005-2006	42 947 881	49 112 795	55 688 795	55 688 795	114,35	129,67	129,67
2006-2007	27 787 036	32 750 259	36 710 459	36 710 459	117,86	132,11	132,11
<b>Total</b>	<b>109 951 296</b>	<b>136 595 874</b>	<b>153 848 974</b>	<b>153 848 974</b>	<b>124,23</b>	<b>139,92</b>	<b>139,92</b>
<b>Moyenne</b>	<b>36 650 432</b>	<b>45 531 958</b>	<b>51 282 991</b>	<b>51 282 991</b>	<b>124,23</b>	<b>139,92</b>	<b>139,92</b>
<b>AVEC LA GRATUITE</b>							
2007-2008	16 151 563	6 963 023	10 087 923	68 522 683	43,11	62,46	424,25
2008-2009	58 765 362	30 471 384	44 714 884	108 970 669	51,85	76,09	185,43
2009-2010	68 772 939	40 096 715	56 848 515	137 835 897	58,3	82,66	200,42
<b>Total</b>	<b>143 689 864</b>	<b>77 531 122</b>	<b>111 651 322</b>	<b>315 329 249</b>	<b>53,96</b>	<b>77,70</b>	<b>219,45</b>
<b>Moyenne</b>	<b>47 896 621</b>	<b>25 843 707</b>	<b>37 217 107</b>	<b>105 109 750</b>	<b>53,96</b>	<b>77,70</b>	<b>219,45</b>

TRC 1 = Recettes totales (sans le CA) / Dépenses totales

TRC 2 = Recettes totales (avec le CA) / Dépenses totales

TRC 3 = Recettes totales (hypothétiques) / Dépenses totales

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

Le taux de recouvrement (hypothétique) est passé de 140% en moyenne avant la gratuité à près de 220% en moyenne après la mise en œuvre de la gratuité. La politique de gratuité s'avèrerait très bénéficiaire pour les districts sanitaires si les remboursements se faisaient à temps et en totalité des sommes réclamées.

***Les dons ou appuis aux districts sanitaires***

Pour accompagner la mise en œuvre de la politique de la gratuité décidée par l'État, des partenaires non gouvernementaux ou de particuliers viennent en appui aux formations sanitaires sous diverses formes (dons en médicaments, en matériel ou apport financier). Ce sont les appuis en médicaments reçus par les districts sanitaires qui sont essentiellement pris en compte dans cette analyse. La valorisation des dons en médicaments reçus par les trois districts sanitaires est consignée dans le tableau suivant.

*Tableau 9. Évolution des dons/appuis aux districts sanitaires de 2004 à 2010*

<b>Année</b>	<b>DS Dosso</b>	<b>DS Loga</b>	<b>DS Doutchi</b>
<b>AVANT LA GRATUITÉ</b>			
2004-2005	80 000	-	-
2005-2006	218 625	-	-
2006-2007	4 704 850	7 463	-
<b>Total</b>	<b>5 003 475</b>	<b>7 463</b>	<b>0</b>
<b>Moyenne</b>	<b>1 667 825</b>	<b>7 463</b>	<b>0</b>
<b>AVEC LA GRATUITÉ</b>			
2007-2008	72 680 619	13 800	-
2008-2009	92 982 503	5 269 893	292 498
2009-2010	118 645 463	41 746 156	1 811 200
<b>Total</b>	<b>284 308 585</b>	<b>47 029 849</b>	<b>2 103 698</b>
<b>Moyenne</b>	<b>94 769 528</b>	<b>15 676 616</b>	<b>701 233</b>

Les dons en médicaments ont connu une nette évolution après la mise en œuvre de la gratuité. Ce sont environ 95 millions de F CFA en moyenne que le district sanitaire de Dosso a reçu par an depuis la mise en œuvre de la gratuité contre moins de 1million et demi en moyenne par an avant l'application de la politique de gratuité. Ces chiffres sont nettement moins importants dans les deux autres districts sanitaires (Loga et Doutchi) où ils reçoivent respectivement 15 et moins d'un million par an comme appui de la part de certains partenaires depuis la mise en œuvre de la gratuité.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

Les appuis sont l'œuvre aussi bien de partenaires non gouvernementaux que d'institutions gouvernementales. D'une manière générale, ce sont les partenaires gouvernementaux qui assurent une grande partie (plus de la moitié) des appuis aux districts sanitaires (tableau 10). Mais les deux principaux donateurs restent les ONG et l'État à travers le PNLP et le projet de lutte contre les épidémies (LCE). En plus de ces deux partenaires, les districts reçoivent également l'appui de certains pays voisins dont notamment le Nigeria et la Libye.

*Tableau 10. Répartition des dons reçus par les districts sanitaires par type de partenaires*

District sanitaire	UNICEF	PNLP	LCE	Nigeria	Lybie	Autres Ong (USAID, Mercy corps, MSF Espagne)	Autres partenaires gouvernementaux (PAPDS, LCA)	Total des dons reçus en F CFA	Moyenne annuelle
<b>AVANT LA GRATUITÉ (2004 à 2006)</b>									
DOSSO	2 120 600	0	0	2361000	0	0	521 875	5 003 475	1 667 825
DOUTCHI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOGA	0	0	0	0	0	0	7 463	7 463	2 488
<b>Total</b>	<b>2 120 600</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 361 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>529 338</b>	<b>5 010 938</b>	<b>1 670 313</b>
<b>AVEC LA GRATUITÉ (2007 à 2010)</b>									
DOSSO	166 961 746	107 522 884	8 488 473	0	1 232 767	102 715	0	284 308 585	94 769 528
DOUTCHI	797 488	7391	0	0	0	689 745	609 074	2 103 698	701 233
LOGA	6 163 987	39 070 107	0	0	62 024	1 617 711	116 020	47 029 849	15 676 616
<b>Total</b>	<b>173 923 221</b>	<b>146 600 382</b>	<b>8 488 473</b>	<b>0</b>	<b>1 294 791</b>	<b>2 410 171</b>	<b>725 094</b>	<b>333 442 132</b>	<b>111 147 377</b>

### ***Les ruptures de stock***

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.

L'évaluation des ruptures de stock des médicaments n'a pu se faire que dans les deux districts de Dosso et Loga. Les données du DS de Doutchi étaient incomplètes pour faire cette analyse.

Les problèmes de rupture de stock n'ont pas connu une grande variation dans le district sanitaire de Dosso. 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 dans ce district (tableau 11).

*Tableau 11. Ruptures de stock des 10 principales molécules du DS de Dosso*

Molécule	AVANT LA GRATUITÉ		AVEC LA GRATUITÉ	
	Nombre total de jours de rupture de stock	Nombre moyen de jours de rupture	Nombre total de jours de rupture de stock	Nombre moyen de jours de rupture
Cotri 480 mg	21	7	42	14
Ampi inj 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
Ampi inj 1mg	130	43	133	44
Aspirine cp	118	39	266	89
<b>Total</b>	<b>1 407</b>	<b>468</b>	<b>1 492</b>	<b>497</b>

En revanche, le problème des ruptures a été beaucoup plus accentué dans le district sanitaire de Loga où le nombre moyen de ruptures de stock pour les 10 principales molécules réunies est passé de 125 jours avant la gratuité et de plus de 1 000 jours avec gratuité (tableau 12).



*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

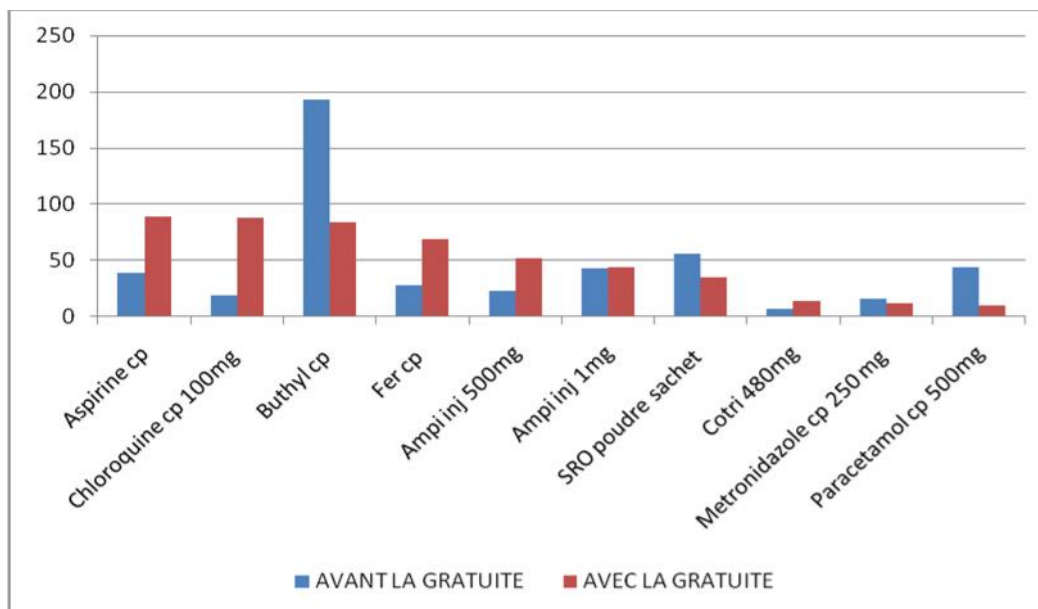
*Tableau 12. Ruptures de stock des 10 principales molécules du DS de Loga*

Molécule	AVANT LA GRATUITE		AVEC LA GRATUITE	
	Nbre total de jours de rupture de stock	Nbre moyen de jours de rupture	Nbre total de jours de rupture de stock	Nbre moyen de jours de rupture
Chloroquine cp 100mg B/1000	11	5,5	227	76
SRO poudre sachet B/1000	0	0	269	90
Paracetamol cp 500mg B/1000	83	41,5	15	5
Buthylhyoscine cp 10mg B/1000	82	41	498	166
Metronidazole cp 250mg B/1000	68	34	8	3
Ampi cp 500mg	3	1,5	932	311
Cotrim sirop 200mg	2	1	1224	408
Fer sulfate cp 200mg B/1000	0	0	43	14
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>125</b>	<b>3 216</b>	<b>1 073</b>

La mise en œuvre de la politique de gratuité a accentué les problèmes de rupture de stock pour cinq molécules principales (aspirine cp, chloroquine cp, fer cp, ampi inj et cotri cp) dans le district sanitaire de Dosso (figure 6).

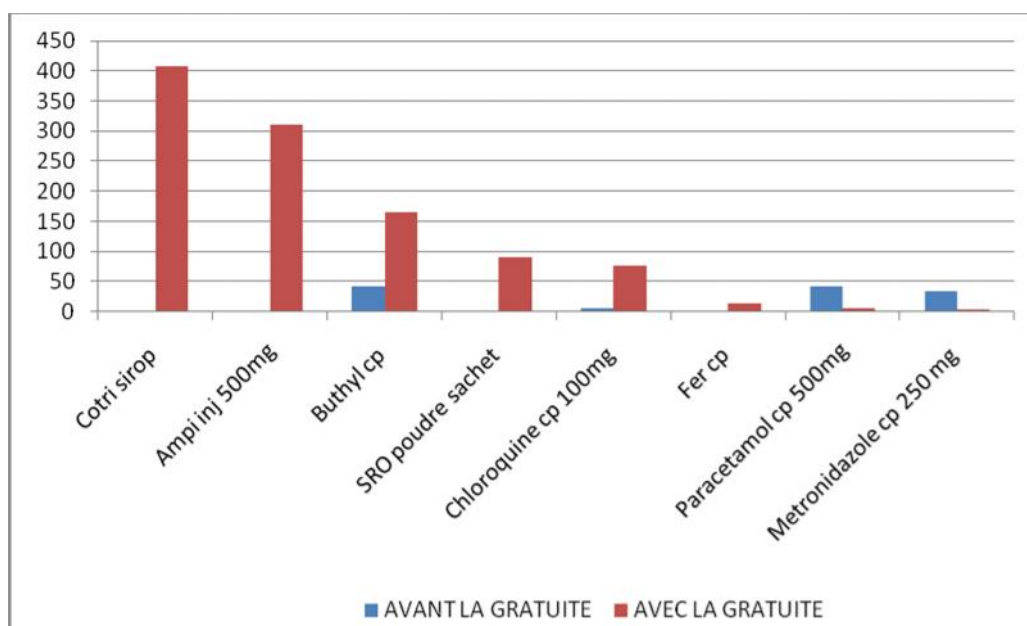
*Figure 6. Nombre moyen de jours de rupture de stocks pour les 10 principales MEG dans le district de Dosso*

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*



Dans le DS de Loga, la gratuité a plutôt entraîné des problèmes de rupture de stock pour quatre molécules principales (cotri, ampi, fer et SRO sachet) et aggravé la situation de rupture qui existait avant pour deux molécules principales (chloroquine, butyl) (figure 7).

*Figure 7. Nombre moyen de jours de rupture de stocks pour les 10 principales MEG dans le district de Loga*



Il arrive que certaines molécules soient indisponibles plus de six mois et plus (cotri et ampi notamment dans le district sanitaire de Loga).

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

***Situation du remboursement de la gratuité***

Les districts sanitaires éprouvent beaucoup de difficultés à se faire rembourser les coûts des soins qui ont été rendus gratuits par l'État Nigérien. En effet, en moyenne 30%, 52% et 73% respectivement des factures envoyées par les DS de Dosso, Doutchi et Loga depuis le début de la politique de la gratuité ont été remboursés (tableau 13).

*Tableau 13. Factures envoyées et montants remboursés par district sanitaire de 2006 à 2010*

ANNEE	DS Dosso			DS Doutchi			DS Loga		
	Montant des factures envoyées	Montant remboursé	Pourcentage de remboursement (%)	Montant des factures envoyées	Montant remboursé	Pourcentage de remboursement (%)	Montant des factures envoyées	Montant remboursé	Pourcentage de remboursement (%)
2006-2007	-	-	-	1 610 000	1 610 000	100	-	-	-
2007-2008	52 841 200	54 057 300	102,30	98 632 250	98 632 250	100	27 577 250	27 577 250	100
2008-2009	85 516 650	20 490 750	23,96	132 658 950	90 687 100	68,36	44 305 050	44 305 050	100
2009-2010	89 724 250	00	00	139 350 250	00	00	42 465 800	10 694 550	25,18
<b>Total</b>	<b>228 082 100</b>	<b>74 548 050</b>	<b>32,68</b>	<b>372 251 450</b>	<b>190 929 350</b>	<b>51,29</b>	<b>114 348 100</b>	<b>82 576 850</b>	<b>72,22</b>
<b>Moyenne</b>	<b>76 027 367</b>	<b>24 849 350</b>	<b>32,68</b>	<b>93 062 863</b>	<b>47 732 338</b>	<b>51,29</b>	<b>38 116 033</b>	<b>27 525 617</b>	<b>72,22</b>

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

Les difficultés de remboursement sont particulièrement importantes pour l'année 2009-2010 où les districts de Dosso et de Doutchi n'ont connu aucun remboursement à la date du 30 avril 2011 et celui de Loga a vu seulement un quart de ces factures remboursé.

***La trésorerie des districts sanitaires***

Le niveau de trésorerie des districts sanitaires a connu une baisse sensible depuis la mise en œuvre de la politique de gratuité en 2006. Cette baisse est perceptible à travers les données de la trésorerie du district sanitaire de Dosso<sup>4</sup> (tableau 14).

*Tableau 14. Trésorerie du district sanitaire de Dosso de 2006 à 2010*

<b>Date</b>	<b>Compte ECOBANK du recouvrement des coûts</b>	<b>Compte BOA du recouvrement des coûts</b>	<b>Compte BOA du centime additionnel</b>	<b>TOTAL</b>
mai-06	51 996 406	0	0	<b>51 996 406</b>
mai-07	37 475 477	0	6 937 029	<b>44 412 506</b>
mai-08	25 107 928	0	2 990 312	<b>28 098 240</b>
mai-09	8 606 361	0	4 741 087	<b>13 347 448</b>
mai-10	38 156	3 462 425	7 438 137	<b>10 938 718</b>

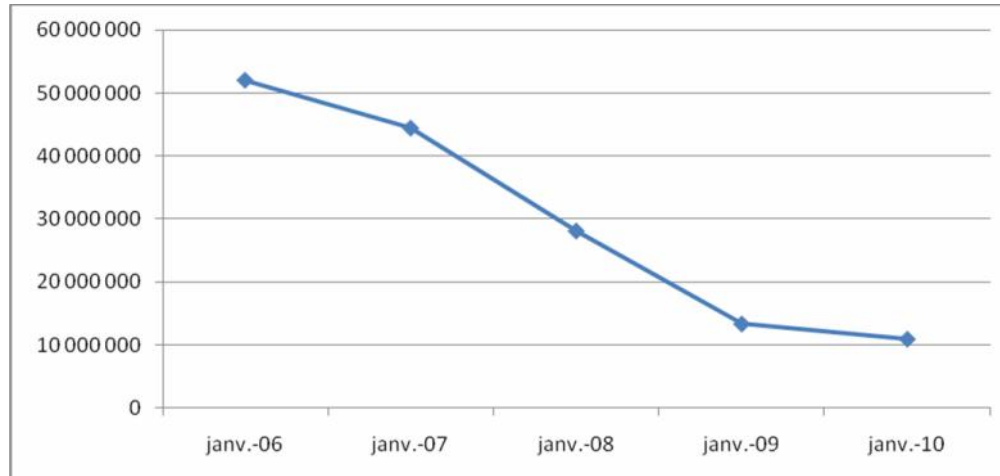
La trésorerie du district est passée de plus de 50 millions de F CFA à environ 10 millions en 2010, soit une baisse de 75% en 5 ans (figure 8).

---

<sup>4</sup> Là également, seules les données collectées au niveau du district sanitaire de Dosso peuvent permettre de faire une analyse de l'évolution de la trésorerie des districts sanitaires ; dans les deux autres districts, l'enquêteur n'a pas eu accès aux documents comptables.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

*Figure 8. Evolution de la trésorerie du district de Dosso de 2006 à 2010*



La baisse de la trésorerie est liée en partie aux retards de remboursement des coûts de la gratuité par l'État, toute chose qui ne permet pas aux districts sanitaires de renouveler, comme les années antérieures, les achats de médicaments. La majeure partie des recettes provenant de la vente des médicaments, il s'en suit une baisse considérable des recettes des districts sanitaires. En plus, étant donné que le taux de recouvrement des coûts a baissé depuis la mise en œuvre de la gratuité, les districts sanitaires sont obligés de puiser dans leur trésorerie au fil des ans pour assurer les achats de médicaments et les frais de fonctionnement afin d'atténuer les effets des ruptures de stock. La situation n'est pas encore catastrophique car la trésorerie est toujours positive, mais si la tendance se maintient, les districts ne pourront vraisemblablement plus tenir longtemps avant de tomber en faillite.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

### III. CONCLUSION

La mise en œuvre de la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et la césarienne a entraîné une amélioration de la fréquentation des services de santé (Ridde et al, 2009, Barroy H. et Laouali A., sous presse), qui, s'ils avaient été remboursés aux formations sanitaires tel que prévu, aurait permis de renforcer le système de recouvrement des coûts et les capacités financières des centres de santé. Mais tel ne fût pas le cas. Les déficits de mise en œuvre de la politique de gratuité ont engendré, comme parfois ailleurs (Ridde et al, 2010), un certain nombre de pressions sur le système de santé et de difficultés financières pour les districts sanitaires. La gratuité a contribué à décapitaliser les comités de gestion des formations sanitaires au Niger.

En effet, la politique a mis à mal le recouvrement des coûts des districts sanitaires qui leur permettait de disposer d'une bonne capacité financière. Les retards de remboursement du coût des actes fournis gratuitement par l'État ont entraîné des difficultés d'approvisionnement en médicaments, privant ainsi les districts sanitaires d'une importante partie des bénéfices liés à l'achat et à la vente des médicaments. Cette situation a des incidences négatives sur la capacité financière des districts qui a connu une baisse assez importante. L'application de la gratuité a également engendré, ou accentuée, des problèmes de rupture de stock pour certaines molécules que les dons ou appuis en médicaments à l'endroit des districts sanitaires par les PTF ne peuvent totalement enrayer.

Il convient maintenant de mettre en place des outils qui permettent de suivre et d'estimer exactement les coûts à rembourser aux districts sanitaires dans le cadre de la gratuité ; et de mettre en œuvre des mesures qui permettront de préfinancer la stratégie ou d'accélérer le remboursement aux formations sanitaires. Il ne reste que quelques mois pour réagir car sans le remboursement rapide des dettes, les données de cette étude montrent que les districts seront bientôt en faillite.

### BIBLIOGRAPHIE

- Barroy H. et Laouali A., sous presse. Gratuité et accès aux soins pour les enfants : une équation à géométrie variable au Niger. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.
- Diarra A., 2011. La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say (Niger), *Etudes et Travaux du LASDEL* n°96, Niamey, Lasdel.

*LES EFFETS DES RETARDS DE REMBOURSEMENTS  
LIÉS À LA GRATUITÉ SUR LES FORMATIONS SANITAIRES*

- Kafando Y. et Ridde V., 2010. Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé, *Cahiers Santé* vol. 20, n° 3, juillet-août-septembre 2010.
- Lagarde M., Barroy H, Palmer N., Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger; *Journal of Health services Research and Policy*. In Press.
- Meessen, B. et al., 2009. *Removing User Fees in the Health Sector in Low-Income Countries: A Multi-Country Review*. UNICEF, New-York.
- Ousseini, A., 2011a, 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 du LASDEL n°91*, Niamey, Lasdel.
- Ousseini, A., 2011b, Exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5ans. Mise en œuvre dans la région sanitaire de Dosso, *Etudes et Travaux du LASDEL, n°92*, Niamey, Lasdel.
- Pluye, P., Nadeau, L., Gagnon, M.-P., Grad, R., Johnson-Lafleur, J., & Griffiths, F. (2009). Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. In V. Ridde, & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, pp. 123-141.
- Ridde V., Robert E. et Meessen B., 2010. Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, *World Health Report (2010), Background Paper, No 18*.
- Ridde, V., Diarra, A., Heinmuller, R., & Mahaman, M. (2009). *Analyse de la mise en œuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct. Districts de Keïta et Abalak- Niger*. Paris: Médecins du Monde – France, 89 p.
- Ridde, V. & Morestin, F. 2009. *Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique*. Montréal. <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>;
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, n° 81, pp. 532-538.
- Sambo, L., Kirigia, J., & Ki-Zerbo, G., 2011, *Perceptions and viewpoints on proceedings of the Fifteenth Assembly of Heads of State and Government of the African Union Debate on Maternal, Newborn and Child Health and Development, 25-27 July 2010*, Kampala, Uganda. BMC Proceedings, 5, S1.



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

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin), dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement. Le LASDEL recourt à des méthodes qualitatives fondées sur les enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « Etudes et Travaux du LASDEL » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

- n°95 *Gouvernance locale. La délivrance de quatre biens publics dans trois communes nigériennes*, par J.P. Olivier de Sardan (2011)
- n°96 *La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et Say*, par Aïssa Diarra (2011)
- n°97 *La référence obstétricale au Bénin. Etude anthropologique*, par Jean-Pierre Olivier de Sardan et Nassirou Bako-Arifari (2001)
- n°98 *Les pouvoirs locaux et le rôle des femmes à Namaro (étude de suivi an 4, 2008)*, par Younoussi Issa (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