



IDÉES REÇUES SUR LA GRATUITÉ DES SOINS

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document introduit une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins, régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances, sont des « pensées paresseuses »¹.

INTRODUCTION



En 2010, l'Union Africaine a réclamé la suppression totale du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes [2]. L'Afrique du Sud post-apartheid a été le précurseur de cette suppression en 1994. Cette dynamique reposait sur une volonté politique forte de rendre les soins accessibles au plus grand nombre, et notamment aux plus pauvres. Depuis le début des années 2000, de très nombreux pays africains lui ont emboîté le pas en organisant des politiques d'exemption du paiement, dites de « gratuité » des soins, pour certaines catégories de patients [3]. Ce large mouvement de réformes du financement de la santé en Afrique s'inscrit dans une volonté de tendre vers la couverture universelle des soins de santé, telle que l'Assemblée générale des Nations unies s'y est engagée en décembre 2012.

Ce changement radical par rapport à la généralisation du paiement direct durant les années 1980 a incité la Directrice Générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à qualifier la couverture universelle en santé « de concept le plus puissant que la santé publique ait jamais connu ».

Toutefois, face à une politique de paiement direct ancrée depuis plus de trente ans, les changements sont loin d'être faciles. D'emblée, l'extension de ces politiques de gratuité des soins suscite de manière régulière des contestations. Ces dernières sont souvent la conséquence de politiques publiques mal planifiées, trop faiblement financées et difficilement mises en œuvre [4]. Cependant, dans la plupart des cas, il subsiste des réticences à l'égard de la gratuité des soins qui ne reposent sur aucune preuve scientifique, mais plutôt sur des préconceptions, des idées reçues ou une idéologie particulière concernant le principe même de la gratuité des soins. Dans une série d'articles de septembre 2012 où The Lancet montre l'importance de supprimer le paiement direct,

l'économiste Jeffrey Sachs qualifie ce type d'idées de « pensées paresseuses » fondées sur un raisonnement peu rigoureux [1]. De son côté, la Banque mondiale reconnaît enfin que le coût élevé du paiement des soins par les usagers est une des causes majeures de la pauvreté [5] et soutient la gratuité des soins pour les femmes et les enfants en bas âge en Sierra Leone [6].

C'est donc pour partager des preuves récentes de la pertinence de supprimer le paiement direct des soins réclamé aux patients que nous proposons cette série de fiches reprenant les principales idées reçues au sujet de la gratuité des soins. L'objectif est de montrer, preuves à l'appui, combien certaines perceptions à l'égard du principe de la gratuité des soins sont des idées reçues lorsque celui-ci est organisé sérieusement. Ces fiches montrent à quel point ce principe, parmi d'autres, devient essentiel pour atteindre la couverture universelle aux soins de santé réclamée par l'Assemblée générale des Nations unies.

En effet, loin d'être la panacée, la gratuité des soins contribue à rendre le droit à l'accès aux soins opérationnel et permet de sauver des vies. Au Niger, la politique de gratuité des soins a contribué, avec la distribution massive de moustiquaires imprégnées et la lutte contre la malnutrition, à sauver 59 000 vies d'enfants de moins de cinq ans en 2009 par rapport à la situation de 1998 [7].

Au Burkina Faso, en un an seulement, l'application avec la même efficacité à l'échelle nationale de la gratuité des soins testée avec succès dans deux districts aurait pu sauver entre 14 000 et

Ce n'est pas contre le principe de la gratuité des soins qu'il faut lutter mais pour son application efficace

19 000 vies d'enfants de moins de cinq ans (alors que 100 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année) [8]. La gratuité des soins ne résoudra pas tous les problèmes que vivent les populations et les systèmes de santé. Toutefois, le fait même qu'elle agisse souvent comme un révélateur des dysfonctionnements constitue en soi une réelle opportunité d'amélioration des systèmes de santé [9]. Dans cette optique, il est temps de prendre en considération les nombreuses recherches qui montrent que la plupart des idées communément exprimées contre le principe de la gratuité des soins ne reposent pas sur des preuves. La plupart du temps, ces idées reçues sont liées à des contextes où la gratuité des soins n'est pas mise en œuvre correctement, est peu financée et ne bénéficie pas de la priorité politique adéquate. Ce n'est donc pas contre le principe qu'il faut lutter mais pour son application efficace. En effet, lorsque le principe est bien planifié, suffisamment financé et mis en œuvre grâce à des mesures ciblées d'accompagnement, il s'avère très efficace et équitable.

¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.



© Damien Glez

Dans cette série « Gratuité des soins en Afrique subsaharienne : en finir avec certaines idées reçues », nous proposons neuf fiches traitant des idées reçues suivantes :

Fiche 1 : « Il faut absolument demander une participation financière aussi infime soit-elle ! »

Fiche 2 : « La gratuité des soins ne profite pas à ceux qui en ont le plus besoin ! »

Fiche 3 : « Les soins gratuits désresponsabilisent la population et ne sont pas valorisés ! »

Fiche 4 : « Quand les soins sont gratuits, la qualité est mauvaise ! »

Fiche 5 : « La gratuité des soins entraîne une charge de travail insurmontable pour le personnel de santé ! »

Fiche 6 : « La gratuité entraîne la faillite des centres de santé ! »

Fiche 7 : « Rendre les accouchements gratuits va provoquer une hausse des naissances ! »

Fiche 8 : « Les États africains ne sont pas capables de mettre en œuvre la gratuité des soins ! »

Fiche 9 : « Les États africains n'ont pas les moyens de s'offrir la gratuité des soins ! »

Références

- 1) Sachs J. Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet* 2012;380:944-47.
- 2) African Union. Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 – 27 July 2010 Kampala, Uganda. 2010.
- 3) Robert E, Samb O. Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique Contemporaine* 2012;243:100-2.
- 4) Olivier de Sardan J-P, Ridde V. Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Afrique contemporaine* 2012;243:13-32.
- 5) World Bank, *The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results*, April 2007
- 6) Marriott A., One year on : the impact of removing health care user fees in Sierra Leone, *Global Health Check*, <http://www.globalhealthcheck.org/?p=203>
- 7) Amouzou A, Habi O, Bensaïd K, et al. Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study. *The Lancet* 2012; Published online September 20, 2012 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61376-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61376-2).
- 8) Johri M, Ridde V, Heinmueller R, et al. Entre 14'000 et 19'000 vies d'enfants de moins de cinq ans pourraient être sauvées par un passage à l'échelle nationale de l'exemption du paiement des soins expérimentée dans la région du Sahel au Burkina Faso. Montréal: UdeM/CRCHUM/HELP 2013:4.
- 9) Ridde V, Meesen B, Kouanda S. L'abolition sélective du paiement direct en Afrique sub-saharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? *Santé Publique (Bucur)* 2011;23:61-7.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le premier d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 1

FAUX

“ Il faut absolument demander une participation financière, aussi infime soit-elle ! ”

On entend souvent qu'il ne faut rien donner gratuitement, tout service de santé devant être fourni contre paiement, même « symbolique ». Pourtant de nombreuses recherches montrent qu'aussi « modique » soit la somme demandée, elle empêche ou limite fortement l'accès aux services de santé des populations en général et des pauvres en particulier [1].

Au Kenya, 75% des enfants ont eu accès à un traitement contre les parasites lorsqu'il était proposé gratuitement contre 19% seulement lorsqu'il était demandé une participation « symbolique » de 0,30 dollars américains (USD). D'autres recherches comparant les ventes à « petit » prix de produits de santé (désinfectants pour l'eau à 0,25 USD en Zambie, moustiquaires à 0,60 USD au Kenya) à celles gratuites montrent aussi des différences importantes dans l'accès à ces produits [2]. Au Mali, la gratuité des traitements

contre le paludisme organisée par l'État a permis de prendre en charge 30% de malades en plus en période de forte transmission du paludisme bien que la consultation soit restée payante (0,30 et 0,45 euros). Lorsque l'on a expérimenté la suppression du paiement de la consultation en association à la gratuité des traitements contre le paludisme dans un district, ce sont trois fois plus de malades qui ont pu être pris en charge [3].

Au Burkina Faso (cf. verso), la subvention nationale réduisant le prix des accouchements à 900 francs CFA (1,37 €) dans les centres de santé a permis d'augmenter leur nombre de 40% à 120% selon les districts après un an seulement. Mais le passage à la gratuité expérimentée dans quelques districts a permis à bien plus de femmes d'accoucher dans un centre de santé [4].

La demande d'une participation financière, aussi infime soit-elle, entrave l'accès aux soins des plus pauvres. Bien qu'il existe d'autres déterminants à l'utilisation (géographiques, qualité des soins, etc.), si les malades ne fréquentent pas les services de santé, c'est principalement parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer.



Références

- 1) Lagarde, M. and N. Palmer, The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews. 4. Art. No.: CD009094. , 2011(DOI: 10.1002/14651858.CD009094).
- 2) Bates, M.-A., R. Glennerster, K. Gumedde, and E. Duflo, Pourquoi Payer ? Field Actions Science Reports [Online], 2012. Special Issue 4 | 2012, Online since 31 January 2012, Connection on 03 September 2012. URL : <http://factsreports.revues.org/1301>.
- 3) Heinmüller, R., Y.A. Dembélé, G. Jouquet, S. Haddad, and V. Ridde, Free healthcare provision with an NGO or by the Malian government Impact on health center attendance by children under five. Field ACTions Science Reports, 2012. <http://factsreports.revues.org/1731>
- 4) Haddad, S., V. Ridde, Y. Bekele, and L. Queuille, Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé. Note d'information. 2011, UdeM/CRCHUM/HELP: Montréal. p. 4.

¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI

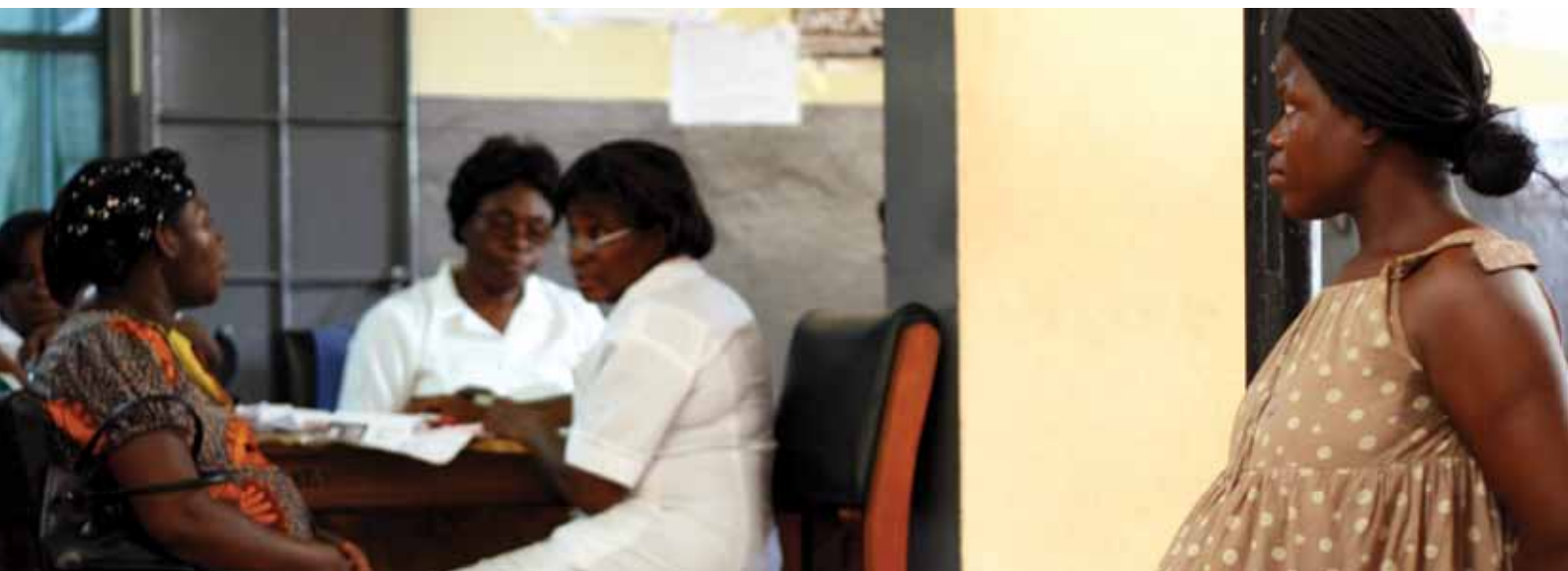
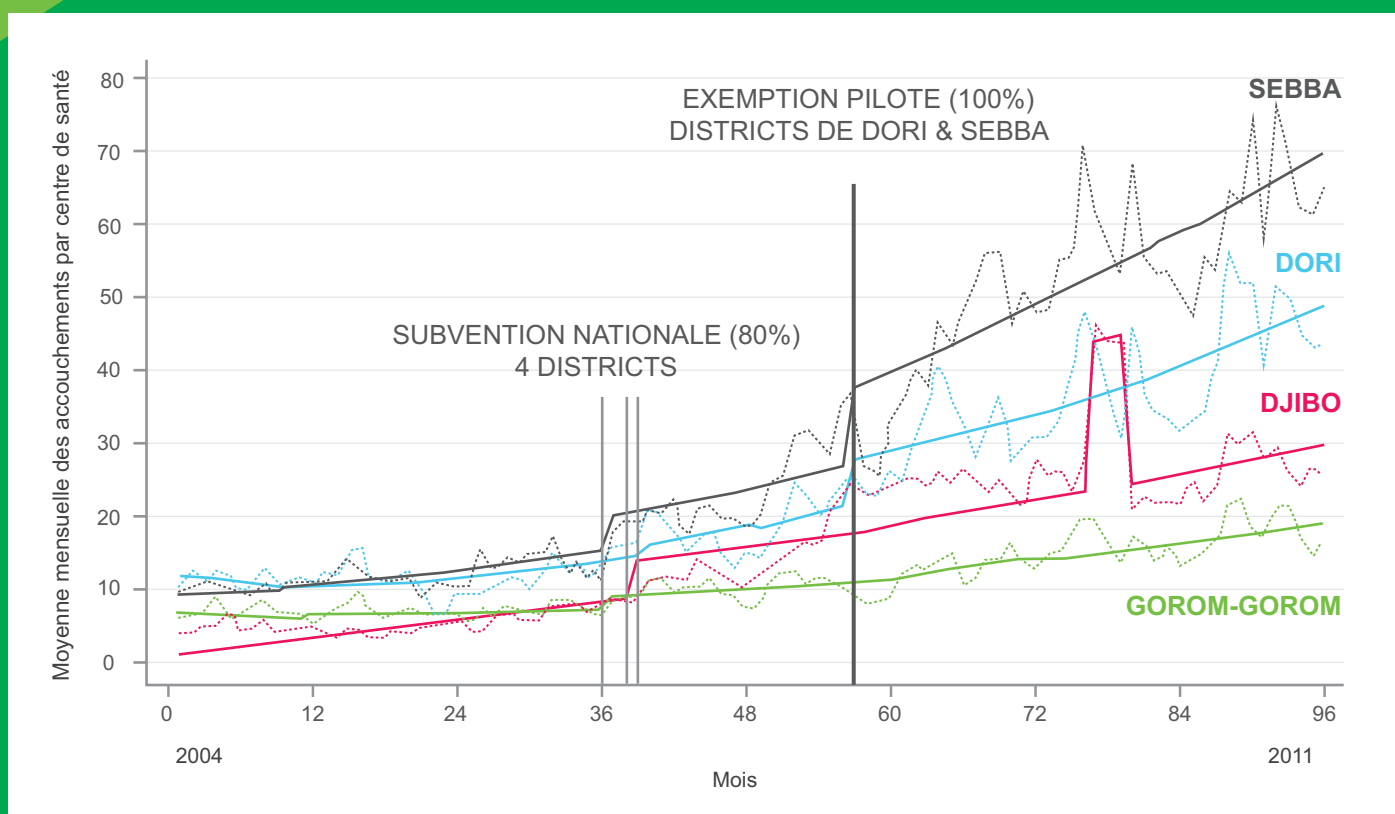


Figure : évolution du nombre d'accouchements dans les centres de santé des 4 districts sanitaires de la région du Sahel au Burkina Faso de 2004 à 2011 (série chronologique)



Source : Haddad, S., V. Ridde, Y. Bekele et L. Queuille. Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé. Note d'information, 2011. UdeM/CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal. p. 4.

Cette figure montre l'évolution de la moyenne du nombre d'accouchements mensuels par centre de santé des quatre districts sanitaires de la région du Sahel au Burkina Faso de 2004 à 2011. Les courbes en pointillés représentent le nombre moyen d'accouchements observés. Les courbes aux traits pleins représentent la moyenne du nombre d'accouchements prédits par les modèles de régression (c'est-à-dire après élimination des fluctuations dans le temps et prise en compte des effets des facteurs modifiants). Lorsque l'État met en place sa subvention nationale des accouchements réduisant leur prix à 900 F CFA (traits

verticaux de couleurs entre les 36^{ème} et 40^{ème} mois), l'effet sur le nombre d'accouchements est immédiat et significatif dans les quatre districts (« saut » visible dans les courbes le mois suivant). Cependant, les effets du passage à la gratuité mise en place par un projet pilote deux ans après (trait vertical noir au 57^{ème} mois) dans les districts de Dori et Sebba sont eux aussi immédiats et significatifs. La gratuité expérimentée a permis d'aller encore plus loin dans la levée des barrières à l'accès aux soins en complétant efficacement et équitablement la subvention nationale.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le deuxième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 2

FAUX

“ La gratuité des soins ne profite pas à ceux qui en ont le plus besoin ! ”

Une hypothèse fréquemment formulée, y compris par des experts en santé publique, postule que les politiques de couverture universelle, comme la gratuité des soins pour tous, bénéficient d'abord aux groupes sociaux les plus favorisés [1].

Au Burkina Faso, une étude a montré que la politique nationale de subvention du prix des accouchements a favorisé les accouchements dans les maternités pour toutes les femmes, y compris pour les plus pauvres [2]. De plus, cette subvention a réduit les dépenses de santé à la maternité de manière plus importante pour les femmes les plus pauvres que pour les autres [3]. Dans deux districts du Burkina Faso expérimentant la gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans, il a été démontré qu'elle profite globalement à tous les enfants, riches et pauvres, peu et gravement malades, qu'ils vivent ou non à proximité d'un centre

de santé. Par exemple, les enfants pauvres et gravement malades vivant à moins de 5 km d'un centre de santé ont deux fois plus profité de la gratuité des soins que ceux qui sont moins pauvres [4]. En Sierra Leone, après trois mois de gratuité organisée par l'État, 72% d'enfants pauvres suspectés de pneumonie ont consulté un professionnel de santé comparativement aux 63% des enfants riches [5]. En Ouganda, plusieurs recherches ont montré que les pauvres avaient parfaitement bénéficié de la gratuité des soins [6, 7] et même plus que les autres [8] (cf. verso). Très récemment, une étude réalisée avec des données de 35 pays montre que ceux ayant été les plus rapides pour améliorer la couverture en accouchements assistés pour tous sont aussi ceux qui ont été en mesure de réduire les inégalités entre riches et pauvres [9].

Les populations les plus avantagées (les moins pauvres, les urbains, etc.) ne captent pas les bénéfices de la gratuité des soins. Les plus défavorisés en profitent aussi largement et parfois même plus. Bien entendu, il ne faut pas demander à la seule gratuité des soins d'éliminer toutes les inégalités existantes dans les systèmes de santé.

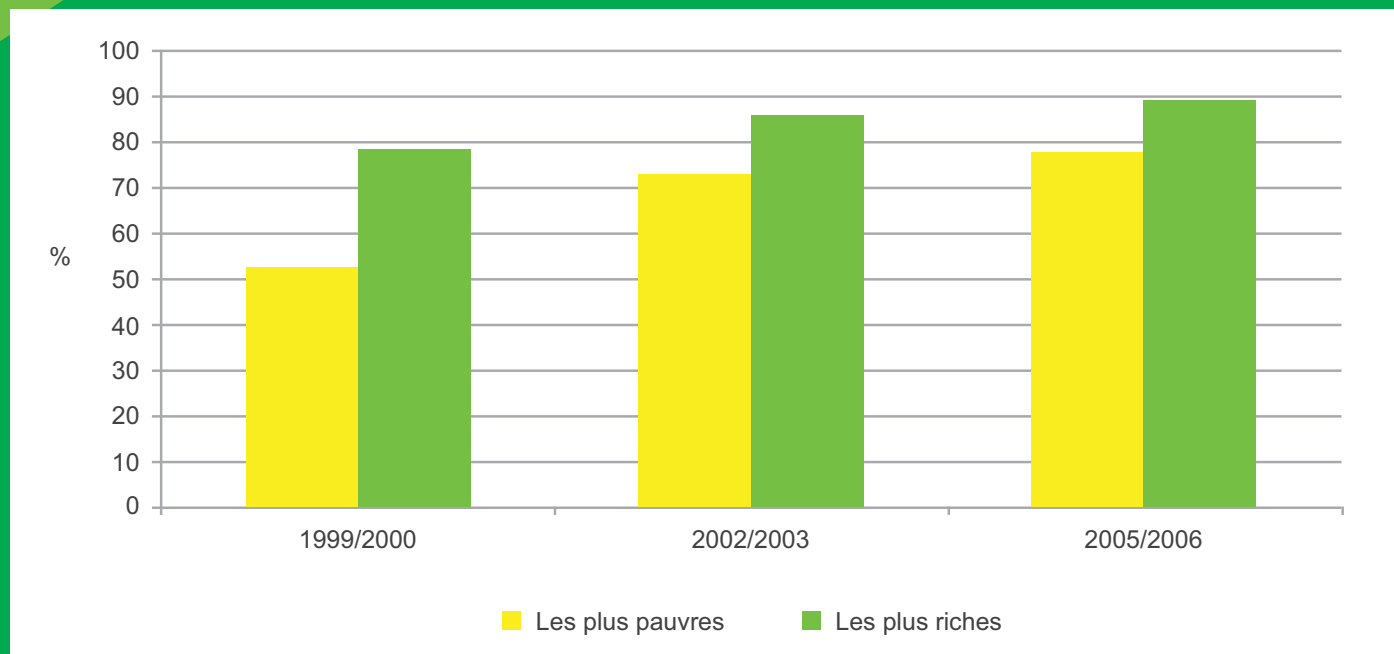


¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI



Figure : proportion de la population parmi les plus pauvres et les plus riches ayant consulté à la suite d'un épisode de maladie en Ouganda entre 1999 et 2006



Source : Uganda national Household surveys 1999/2000, 2002/2003, 2005/2006, adapté de [8].

Cette figure est adaptée de celle d'un article [8] étudiant les effets de la gratuité instaurée en 2001 par l'Ouganda. Elle précise les proportions de la population parmi les plus pauvres et les plus riches ayant consulté à la suite d'un épisode de maladie à partir des données de trois enquêtes nationales de population réalisées en 1999/2000 (avant la gratuité), 2002/2003 et 2005/2006 (après la gratuité). Les données montrent une importante réduction des inégalités d'accès aux services de santé dans la période étudiée. Le quintile de population le plus pauvre a beaucoup

plus profité de la gratuité des soins que les autres quintiles de population, notamment les plus riches représentés dans cette figure. La proportion des plus pauvres ayant consulté (en jaune) est passée d'environ 53% en 1999/2000 à près de 78% en 2005/2006 (multiplication d'environ 48%) alors que dans le même temps celle des plus riches (en vert) n'est passée que de de 79% à près de 89% (multiplication d'environ 13%). Ainsi, l'écart entre les pauvres et les riches dans le recours aux centres de santé s'est réduit de manière très substantielle.

Références

- 1) Victora, C.G., J.P. Vaughan, F.C. Barros, A.C. Silva, and E. Tomasi, Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 2000. 356(9235): p. 1093-8.
- 2) De Allegri, M., V. Ridde, M. Sarker, O. Müller, A. Jahn, V. Louis, Y. M., and J. Tiendrebeogo, The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity - Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 2012. Aug 30. doi: 10.1057/jphp.2012.27.
- 3) Ridde, V., S. Kouanda, A. Bado, N. Bado, and S. Haddad, Reducing the Medical Cost of Deliveries in Burkina Faso Is Good for Everyone, Including the Poor. *PLoS ONE*, 2012. 7(3): p. e33082. doi:10.1371/journal.pone.0033082.
- 4) Ridde, V., R. Heinmueller, and S. Haddad, L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité, in Note d'information. 2011, CRCHUM/HELP/ECHO: Montréal. p. 4.
- 5) Statistics Sierra Leone and UNICEF, Sierra Leone Multiple Indicator Cluster Survey 2010. Final Report. 2011. p. 253.
- 6) Nabyonga, J., M. Desmet, H. Karamagi, P. Kadama, F. Omaswa, and O. Walker, Abolition of cost sharing is pro poor : evidence from Uganda Health Policy and Planning 2005. 20(2): p. 101- 108.
- 7) Deininger, K. and P. Mpuga, Economic and welfare impact of the abolition of health user fees : evidence from Uganda *Journal of African Economies* 2004. 14(1): p. 55-91.
- 8) Nabyonga Orem, J., F. Mugisha, C. Kirunga, J. Macq, and B. Criel, Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy and Planning*, 2011. 26 Suppl 2: p. ii41-51.
- 9) Victora C, Barros A, Axelson H, Bhutta Z, Chopra M, França G, Kerber K, Kirkwood B, Newby H, Ronsmans C et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *The Lancet* 2012, 380(9848):1149-1156

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le troisième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 3

FAUX

“ *Les soins gratuits déresponsabilisent la population et ne sont pas valorisés !* ”

De nombreuses personnes prétendent que la gratuité déresponsabiliserait les usagers en leur permettant, par exemple, d'abuser des services. Elles avancent aussi qu'elle les amènerait à ne pas valoriser les services et les produits offerts gratuitement et/ou à les considérer de mauvaise qualité. Pourtant de nombreuses données scientifiques montrent le contraire.

Des recherches sur les traitements contre le VIH mis en place par le Sénégal ont montré que l'instauration de la gratuité a été favorable à la responsabilisation des malades dans le suivi de leur traitement. La lutte contre le VIH est ainsi devenue bien plus efficace [1, 2]. C'est pour la même raison que le traitement contre la tuberculose est gratuit dans de nombreux pays, dont le Sénégal et le Cameroun [3]. Des recherches expérimentales ont montré que le fait d'avoir payé ou non les moustiquaires en Ouganda et au Kenya ou du désinfectant pour l'eau en Zambie ne modifie en rien leur niveau d'utilisation par les populations [4] (cf. figure n°1 au verso). Ceux qui payent n'utilisent pas plus leur produit que ceux qui en ont bénéficié gratuitement.

De plus, la gratuité permet à plus de malades d'être soignés et guéris, et donc aux citoyens d'être acteurs dans la gestion de leur santé. Si les consultations prénatales (CPN) sont gratuites dans la plupart des pays d'Afrique, c'est pour créer des liens entre les femmes enceintes et les sages-femmes afin d'encourager les accouchements dans les maternités [5]. Ainsi, en Afrique, les femmes qui ont passé trois CPN ont neuf fois plus de chances d'accoucher dans un centre de santé que celles qui n'en ont passées aucune [6]. Au Burkina Faso, dans une région où la population est majoritairement pauvre, un an après l'instauration de

la gratuité, 80 % des enfants malades utilisent un centre de santé, alors qu'ils n'étaient que 30% lorsque les soins étaient payants [7]. Même les parents des enfants malades vivant à plus de 10 km des centres de santé se déplacent en masse pour bénéficier des soins gratuits (77% de plus qu'auparavant) [7]. *A contrario*, au Rwanda, où les mutuelles de santé réclament encore un paiement au centre de santé, seulement 33 % des enfants malades se rendent dans un centre de santé [8].

De nombreuses études concernant l'instauration de la gratuité des soins montrent que l'augmentation de la fréquentation des services est immédiate, importante mais surtout durable lorsque la mise en œuvre ne fait pas défaut [9]. Si les services gratuits n'étaient pas valorisés, la fréquentation s'essoufflerait au fur et à mesure du temps. Au contraire, la gratuité permet à de plus en plus de malades d'être soignés et guéris, et donc aux citoyens de reprendre confiance dans le système de santé. Et lorsque l'on sait combien la maladie engendre des frais importants en dehors de ceux déboursés au centre de santé, il est peu logique et inconvenant de considérer que les populations dévalorisent les soins qu'ils viennent chercher, sous prétexte qu'ils sont gratuits. Tout ceci est confirmé par une étude sur la qualité perçue des accouchements comparant la perception des femmes ayant accouché dans un district du Burkina Faso, où elles doivent payer à celle des femmes du district voisin, où la gratuité est expérimentée [10]. Il n'existe pas de différence pour les trois dimensions de la qualité étudiées : relations interpersonnelles, soins prodigués et environnement. Autrement dit, ne pas payer ne dévalorise pas la perception de la qualité des accouchements (cf. figure n°2 au verso).

La gratuité responsabilise les populations en leur permettant d'être acteurs dans la gestion de leur santé. Elle n'entraîne nullement la dévalorisation des services de santé par les populations. Au contraire, elle peut être une stratégie pour favoriser le développement de leur confiance envers les services et les agents de santé.

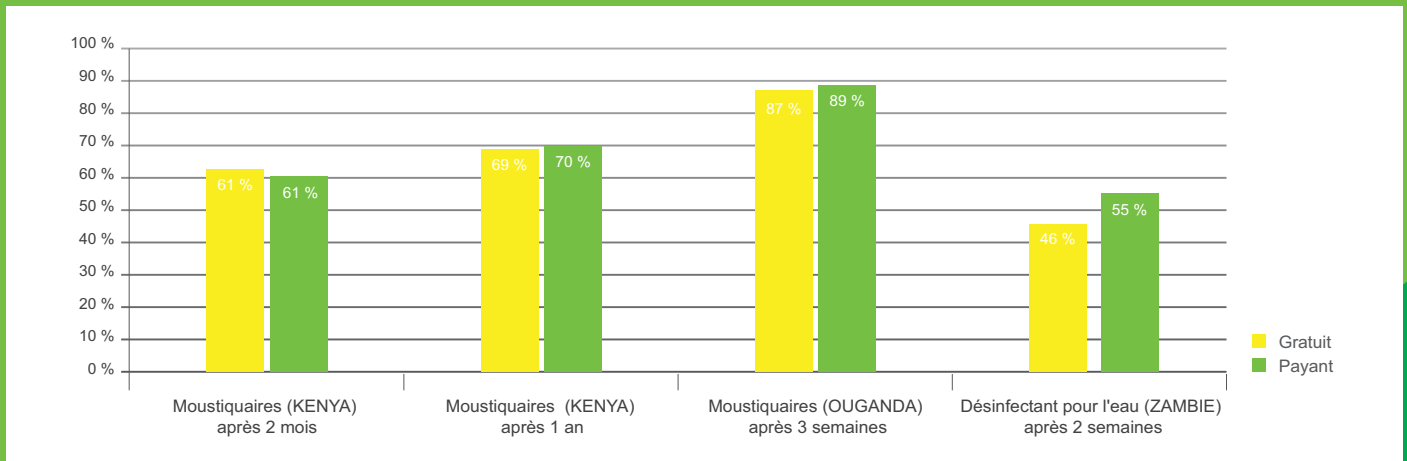
Références

- 1) Taverne, B., Gratuité des traitements du sida en Afrique : un impératif de santé publique, in Population, développement et VIH/Sida et leurs rapports avec la pauvreté, 38^{ème} session Commission de la population et du développement de l'ONU, New-York, avril 2005, ONU, Editor. 2005.
- 2) Laniece, I., M. Ciss, A. Desclaux, K. Diop, F. Mbodj, B. Ndiaye, O. Sylla, E. Delaporte, and I. Ndoye, Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. *AIDS*, 2003. 17 Suppl 3: p. S103-8.
- 3) Ba, M., F. Hane, M. Ndao, J. Mballa, I. Alioum, and J.-B. Nzogue, Effets de la gratuité et représentations autour des « maladies sociales », in Sida et tuberculose: la double peine?, V. L. and K. C., Editors. 2011, Academia Bruylant: Belgique.
- 4) Bates, M.-A., R. Glennerster, K. Gumedde, and E. Duflo, Pourquoi Payer ? Field Actions Science Reports [Online], 2012. Special Issue 4 | 2012, Online since 31 January 2012, Connection on 03 September 2012. URL : <http://factsreports.revues.org/1301>.
- 5) De Allegri, M., V. Ridde, V. Louis, M. Sarkera, J. Tiendrebéogoc, M. Yé, O. Müller, and A. Jahn, Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees : a case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 2010. 99(3): p. 210-218.
- 6) Guliani, H., A. Sepehri, and J. Serieux, What impact does contact with the prenatal care system have on women's use of facility delivery? Evidence from low-income countries. *Social Science & Medicine*, 2012. 74: p. 1882-1890.
- 7) Ridde, V., R. Heinmueller, and S. Haddad, L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité, in Note d'information. 2011, CRCHUM/HELP/ECHO: Montréal. p. 4.
- 8) Lu C, Chin B, Lewandowski J, Basinga P, Hirschhorn L, Hill K, Murray M, Binagwaho A: Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years. *PLoS ONE* 2012, 7(6): e39282. doi:10.1371/journal.pone.0039282.

¹ Sachs J. : *Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet* 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI

Figure n°1 : taux d'utilisation des bénéficiaires de produits gratuits et de ceux qui ont payé (effet du paiement sur l'usage)

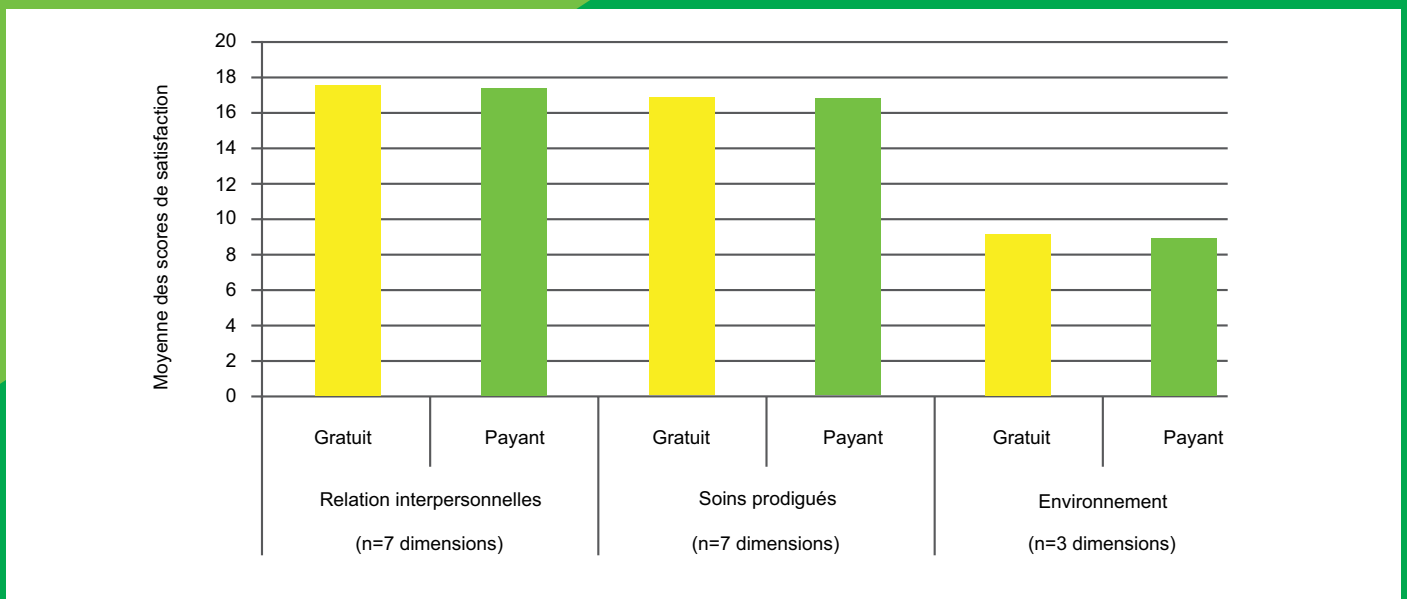


Source : <http://factsreports.revues.org/1301>

Cette figure est extraite d'un article qui analyse la pertinence de faire payer les services et les produits de santé dans certains contextes [4]. L'article rapporte qu'il n'existe « aucune preuve démontrant que celui qui doit payer pour un produit va plus l'utiliser » (résumé, p28). La figure n°1 présente des résultats d'analyse de l'effet global du prix sur l'usage des produits (vérification faite par des enquêteurs

au domicile des bénéficiaires]. Par exemple, au Kenya, il n'y a pas de différence significative entre les 63% d'utilisateurs après 2 mois de la moustiquaire reçue gratuitement et les 61% parmi ceux qui l'ont payé pas plus qu'entre les 69% et 70% d'utilisateurs après un an. Cette étude montre que faire payer ne favorise pas l'usage.

Figure n°2 : distribution des moyennes des scores de satisfaction pour trois dimensions de la qualité étudiée dans deux districts (accouchements gratuits vs payants) au Burkina Faso



Source : Ridde V., A. Philibert, A. Bado and P. Fournier. *Les accouchements gratuits sont perçus de très bonne qualité par les femmes au Burkina Faso. Note d'information, 2012. CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal. p. 4.*

Cette figure résume les résultats d'une étude quantitative réalisée au Burkina Faso comparant la perception de la qualité des soins de femmes ayant accouché dans un district où cela a été rendu gratuit avec celles d'un district où ils sont restés payants [10]. La comparaison des moyennes des scores entre les deux districts (gratuit vs payant) montre qu'il n'existe pas de différence

significative pour les trois dimensions de la qualité perçue par les femmes (relations interpersonnelles, soins prodigués et environnement). Les plus faibles valeurs pour la dimension « environnement » s'expliquent car les scores ne concernent que trois questions contre sept pour les deux autres dimensions.

Références

- Lagarde M, Palmer N: The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. . Cochrane Database of Systematic Reviews 4 Art No: CD009094 2011(DOI: 10.1002/14651858.CD009094).
- Philibert, A., V. Ridde, A. Bado, and P. Fournier, Total fee exemption did not affect the perceived quality of delivery care in Burkina Faso. Submitted, 2012.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le quatrième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 4

FAUX

« *Quand les soins sont gratuits, la qualité est mauvaise !* »

La qualité des soins est un enjeu majeur des systèmes de santé [1]. Certains s'inquiètent des effets négatifs de la gratuité sur la qualité des soins, du fait notamment de l'augmentation du nombre de consultations pour les agents de santé, de la trop grande « liberté » offerte aux prescripteurs, de ruptures dans les stocks de produits médicaux, etc. Nous n'avons pas trouvé de recherche établissant un lien direct et quantifié entre la gratuité et la baisse de la qualité des soins. Cependant, des recherches qualitatives montrent, par exemple au Niger ou au Mali, que lorsque les politiques de gratuité des soins sont sous-financées et mal organisées, elles engendrent une baisse de qualité vue sous l'angle de la disponibilité des médicaments [2]. Mais cette mauvaise qualité préexiste très souvent aux politiques de gratuité et cette exacerbation s'explique en grande partie par la mauvaise mise en œuvre et non par le principe de gratuité lui-même. *A contrario*, le principe du paiement par les usagers ne renforce pas forcément la disponibilité des médicaments. Au Burkina Faso par exemple, les médicaments de lutte contre le paludisme distribués par les agents de santé communautaire restent payants, contrairement au Mali où ils sont gratuits. Or, les mêmes problèmes de mise en œuvre et de logistique se posent et rendent la disponibilité de ces produits très

problématique et inquiétante. La qualité de la mise en œuvre des politiques est donc centrale à l'atteinte de leurs objectifs.

Ainsi, deux études, concernant la qualité des soins dans une situation où la gratuité est bien mise en œuvre et où la fréquentation des services a très largement augmenté, ont été réalisées au Burkina Faso. La première montre que, contrairement à cette idée reçue, les durées moyennes des actes réalisés, par les agents de santé dans un district où les soins sont gratuits, ne sont pas inférieures à celles du district voisin, où ils restent payants (respectivement 12 contre 9 minutes pour les consultations curatives, 63 contre 62 minutes pour les accouchements et 15 contre 11 minutes pour les consultations prénatales) [3]. La seconde étude montre que les prescriptions médicales concernant les soins aux enfants de moins de cinq ans restent très proches des normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'État avec l'instauration de la gratuité [4] (cf. verso). L'importance des mesures d'accompagnement et de la supervision de la gratuité mentionnée dans cette étude est confirmée par une recherche menée au Sénégal où la distribution gratuite des traitements contre le paludisme par les agents de santé communautaire, sans autre mesure, pose de sérieuses difficultés [5].

La qualité des soins est un concept très complexe. Dans les cas analysés, les dimensions étudiées ne démontrent pas une détérioration de la qualité des soins du fait de la gratuité lorsque cette dernière est bien mise en œuvre. Elles montrent en revanche l'importance des mesures d'accompagnement à la mise en place de la gratuité.



¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet* 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI



Tableau : comparaison avant vs après et avec vs sans gratuité des prescriptions médicales pour les enfants au Burkina Faso

Indicateur	Norme OMS	Ordonnances enfants 0-4 ans		Ordonnances enfants 5-10 ans	
		Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité
Utilisation des antibiotiques (%) (i)	< 50%	54%	53%	61%	71%
Utilisation des injections (%) (ii)	< 17%	7%	8%	10%	10%
Nombre moyen de médicaments (iii)	< 2	2,26	2,19	2,3	2,2

Source : Atchessi N., V. Ridde, and S. Haddad, *Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso*. *Health Policy & Planning*, 2012. In press.

Ce tableau concerne les effets de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans sur les prescriptions médicales [6]. Cette étude quantitative avec groupes de contrôle (avant/après et avec/sans intervention) montre que la gratuité n'a pas amené les prescripteurs à s'éloigner des normes de qualité de l'OMS et du ministère de la Santé. Les résultats concernant trois des indicateurs évalués (i) utilisation des antibiotiques, (ii) utilisation des injections et (iii) nombre moyen de médicaments montrent qu'il n'y a pas de différence significative avant et après l'intervention

pour les prescriptions aux enfants de moins de cinq ans et que cette évolution n'est pas différente pour le groupe contrôle des enfants de cinq à 10 ans qui continuent de payer (avec les mêmes prescripteurs). Par exemple, le nombre moyen de médicaments par ordonnance pour enfants de moins de cinq ans est passé de 2,26 avant l'intervention à 2,19 depuis l'intervention (normes OMS et nationale : 2) alors que celui des enfants de cinq à 10 ans (groupe de contrôle) est passé de 2,2 à 2,3.

Références

- 1) OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant. In. Geneve; 2000.
- 2) Olivier de Sardan J-P, Ridde V: Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Afrique contemporaine* 2012, 243(3) : p 11-32.
- 3) Ly A., L. Queuille, S. Kouanda, and V. Ridde. L'exemption pilote du paiement des soins dans la région du Sahel n'a pas entraîné une surcharge de travail des agents de santé au Burkina Faso. Note d'information, 2012. CRCHUM/HELP/ECHO: Montréal. p. 4.
- 4) Atchessi N., V. Ridde, and S. Haddad, *Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso*. *Health Policy & Planning*, 2012. In press.
- 5) Faye S.L., Améliorer la prise en charge du paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR) : appropriation par les prestataires et bénéficiaires de soins au Sénégal. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 2012. In press.
- 6) Atchessi N., V. Ridde, S. Haddad, R. Heinmueller and L. Queuille. L'exemption du paiement des soins au Burkina Faso n'a pas entraîné de gaspillage des médicaments par les agents de santé. Note d'information, 2011. CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal. p. 4.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le cinquième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 5

FAUX

“ La gratuité des soins entraîne une charge de travail insurmontable pour le personnel de santé ! ”

Pour une partie importante de nos interlocuteurs, la gratuité entraînerait une demande trop importante de services de santé de la part des populations, provoquant ainsi une charge de travail insurmontable pour le personnel de santé.

Il est indéniable que la hausse très importante de l'utilisation des services par les patients engendrée par la gratuité des soins provoque une hausse de la charge de travail dans les centres de santé. Mais commençons par nous en réjouir puisqu'il s'agit de l'effet principal attendu de ce type de stratégie : répondre aux besoins des populations en permettant l'accès aux soins du plus grand nombre par la suppression de la barrière financière au point de service. Plus spécifiquement, il existe très peu de recherches fournissant des éléments objectifs sur cette question de la charge de travail. Effectivement, le personnel de santé se plaint de cette hausse, qui est réelle, et la qualifie de « surcharge » dans plusieurs pays [1]. Cependant, au Burkina Faso et au Niger, la durée moyenne déclarée par les agents de santé pour réaliser les services offerts

en situation de gratuité est systématiquement supérieure à celle mesurée par les chercheurs [2, 3]. Au Niger, où l'on ne dispose que de 1,4 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants [4], le personnel de santé est en nombre limité pour faire face à la hausse de la fréquentation engendrée par la gratuité lorsqu'elle est appuyée par une ONG [3]. Mais dans un district où seul l'État organise la gratuité, avec de nombreuses difficultés et donc une utilisation moindre, le personnel est en nombre suffisant [3]. Au Burkina Faso, l'État a plus investi dans les ressources humaines en santé. On y compte 7,3 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants [4], soit cinq fois plus qu'au Niger. Ainsi en 2011, ce personnel est suffisant pour faire face à la demande, tant dans un district où les services sont payants et donc très peu fréquentés (moins de une consultation par an et par enfant) que dans un district où les soins aux enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et allaitantes sont gratuits (près de 3 consultations par an et par enfant par exemple) [2] (cf. verso).

Les mesures de la charge de travail du personnel de santé donnent des résultats variables, étroitement liés aux contextes. Elles permettent de faire la distinction entre une augmentation de la charge de travail perçue par le personnel et une réelle surcharge. Le plus souvent, les ressources humaines en santé ne sont pas au niveau des besoins. L'augmentation de la fréquentation des services engendrée par la gratuité permet de rendre le système bien plus efficace en utilisant les ressources de manière plus efficace. Si la demande devient effectivement supérieure à l'offre, c'est au système de santé de s'adapter aux besoins jusque-là non couverts car contraints par le paiement.



¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet* 2012, 380:944-947.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le sixième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 6

FAUX

“ *La gratuité des soins entraîne la faillite des centres de santé !* ”

Régulièrement, nous entendons des responsables sanitaires opposer le principe de gratuité à des acquis importants de l'Initiative de Bamako, une réforme des systèmes de santé entreprise à la fin des années 80 [1]. Deux des piliers stratégiques ont consisté à la mise en place d'un système de recouvrement des coûts (RC) basé sur l'instauration du paiement par les usagers au point de service et d'une participation communautaire pour gérer les centres de santé et les fonds nouvellement perçus. Le RC a généré des recettes destinées au renouvellement des stocks de médicaments essentiels génériques et à couvrir certains frais de fonctionnement (entretien et réparation des infrastructures, salaires du personnel communautaire, primes au personnel de santé, etc.). Il a aussi généré des bénéfices devant, normalement, servir à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, mais qui ont été thésaurisés la plupart du temps. La participation communautaire s'est traduite par la création des comités locaux de gestion des formations sanitaires. Il est donc reproché à la gratuité de ne pas respecter le système de recouvrement des coûts, de mettre en faillite et de déstructurer les comités de gestion des formations sanitaires. D'un point de vue théorique, dire que la gratuité ne respecte pas le système de recouvrement des coûts est mal connaître le principe de gratuité des soins. Bien entendu, « gratuité » ne veut pas dire que personne ne paie. Cela signifie simplement que le service offert n'est pas payé par l'utilisateur mais par un tiers (État, assurance ou autre) qui dispose de ressources provenant de diverses sources (État, aide internationale, contribuables).

La gratuité peut donc s'intégrer parfaitement dans le système de recouvrement des coûts grâce au tiers payant. Dans ce cas, elle augmente considérablement les recettes et génère des ressources supplémentaires pour les comités de gestion des formations sanitaires du fait de l'augmentation importante de la fréquentation des services. Evidemment, si la politique est sous-financée et/ou que le tiers ne paie pas, le recouvrement des coûts ne se fait plus et les effets sur la situation financière des comités de gestion sont désastreux. Cela vaut pour n'importe quel mécanisme de financement. C'est effectivement le cas au Sénégal ou au Niger [2]. Mais on ne peut pas évaluer un principe à partir d'exemples ne remplissant pas les pré-requis les plus élémentaires. Au Mali, une étude a montré que la politique nationale de gratuité des traitements contre le paludisme n'avait eu aucun effet négatif sur les finances communautaires [3]. Ainsi, les avoirs financiers des centres de santé restent importants, 2 millions F CFA en moyenne (plus de 3 000 €). Au Burkina Faso, la situation des remboursements liés à la subvention nationale des accouchements n'est pas parfaite, mais elle n'a pas entraîné la faillite des formations sanitaires. Ces dernières reçoivent les montants requis, parfois en retard, mais en quantité suffisante [4]. Cela étant dit, les effets positifs potentiels de la gratuité au niveau communautaire ne sont pas que financiers puisque des études menées au Burkina Faso ont montré que la gratuité des soins avait aussi permis de renforcer le pouvoir d'agir des membres des comités de gestion, des femmes et des indigents [5] (cf. verso).

La gratuité des soins peut parfaitement s'intégrer au système de recouvrement des coûts. Elle permet d'augmenter la capacité financière des centres de santé à condition qu'elle soit financée et correctement mise en œuvre avec un tiers payeur. Elle peut aussi renforcer le pouvoir d'agir des membres des comités de gestion des formations sanitaires et des populations.



¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI



A voir sur Youtube : le film documentaire **L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé** : Frisque, JC, K. Ametepe, L. Queuille, V. Ridde and N. Marcellin, 2011, Manivelle productions/HELP/CRCHUM/ECHO : Ouagadougou.

EXTRAITS



«Avant cette gratuité, les enfants malades restaient à la maison, mais maintenant que c'est gratuit, tout le monde a la chance de bénéficier des soins et ça aide toute la population».

Adjaratou Diallo, utilisatrice de services de santé.

Source : <http://www.youtube.com/watch?v=GJH41jULht4&list=ULI9MTaaofDeg>

Pour aller plus loin, nous vous proposons de regarder le film documentaire dans son intégralité. Ce film de 4 minutes résume quelques résultats de recherches évaluatives concernant une expérience de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes et allaitantes entreprise par la direction régionale de la santé du Sahel au Burkina Faso avec l'appui d'une ONG. Dans ce film, agents de santé,



« Si ton enfant de 5 ans tombe malade, tu réfléchis toute la nuit. Qu'est ce que tu vas devoir vendre pour pouvoir le soigner ? ».

Mamadou Dicko, vice-président du COGES du centre de santé de Seytenga

responsables de comité de gestion de formations sanitaires, chefs de ménage et mères de famille expliquent les effets positifs qu'entraînent la gratuité des soins au niveau communautaire : renforcement du pouvoir d'agir des femmes et des ménages, renforcement des comités de gestion des formations sanitaires et augmentation de leurs ressources financières.

Références

- 1) Ousseni, A. and Y. Kafando, Les effets de la politique d'exemption du paiement des services de santé sur la capacité financière des comités de gestion au Niger. *Afrique Contemporaine*, 2012. 243, p 65-76.
- 2) Ridde, V., L. Queuille, and Y. Kafando, eds. *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. 2012, CRCHUM/HELP/ECHO: Ouagadougou. 78.
- 3) Kafando, Y., L. Touré, and V. Ridde, La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances des es CSCom au Mali. 2012, MISELI et CRCHUM: Bamako et Montréal. p. 22.
- 4) Ridde V, F. Richard, A. Bicaba, L. Queuille and G. Conombo. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 2011, Supplement 2(26):ii30-ii40.
- 5) Samb, O. and V. Ridde, Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent «l'empowerment» des communautés au Burkina Faso. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 2012. 103 (supp 1) S20-S25.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le septième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 7

FAUX

“ *Rendre les accouchements gratuits va provoquer une hausse des naissances !* ”

Certains prétendent que la gratuité des accouchements va entraîner une hausse des naissances et donc que cette mesure va à l'encontre de la promotion du planning familial. Il n'existe aucune preuve pour soutenir une telle idée alors que de nombreuses connaissances tendent à démontrer le contraire.

En Afrique, c'est dans les milieux urbains que les accouchements sont les plus chers et que les taux de natalité sont les plus faibles. Au Mali et au Burkina Faso, les femmes vivant en milieu rural ont respectivement 7,2 et 6,7 enfants en moyenne alors que celles vivant dans la capitale n'en ont que 4,8 et 3,4 [1, 2]. Au Burkina Faso, au Ghana, au Sénégal et dans d'autres pays, la tendance à la baisse de la fécondité se maintient, alors que les accouchements ont été fortement subventionnés ou rendus gratuits dans la période 2005-2010. De plus, on sait depuis longtemps que l'éducation est un des plus importants facteurs associés à la fécondité et que la pauvreté est un frein à sa baisse [3]. Or, les dépenses lors des accouchements, et surtout des césariennes, peuvent entraîner

les ménages les moins aisés dans l'extrême pauvreté [4]. On a mentionné déjà dans cette série de fiches (fiche n°2) la baisse des dépenses de santé pour les plus pauvres grâce à la subvention nationale des accouchements au Burkina Faso [5]. Du point de vue des droits humains, mais aussi sur un plan stratégique, le concept de « maternité sans risque » vise à sauver la vie des femmes lors des accouchements assistés par du personnel qualifié en facilitant la détection des complications (survenant dans 15% des accouchements), leur référence et leur prise en charge à l'hôpital. Or, on a vu dans la fiche n°1 que faire payer, c'est favoriser les accouchements à domicile et ainsi restreindre les possibilités de soins dont doit disposer toute femme enceinte. D'une façon générale, il est essentiel de renforcer l'accès des populations à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive pour que les femmes puissent être en mesure de choisir librement d'utiliser un produit contraceptif.

La gratuité augmente le recours à du personnel qualifié pour les accouchements et permet donc de sauver des vies. La gratuité des accouchements et de la planification familiale sont complémentaires. Toutes deux concernent la santé de la reproduction, répondent aux besoins de santé et de lutte contre la pauvreté, et favorisent l'application des droits sexuels et reproductifs.

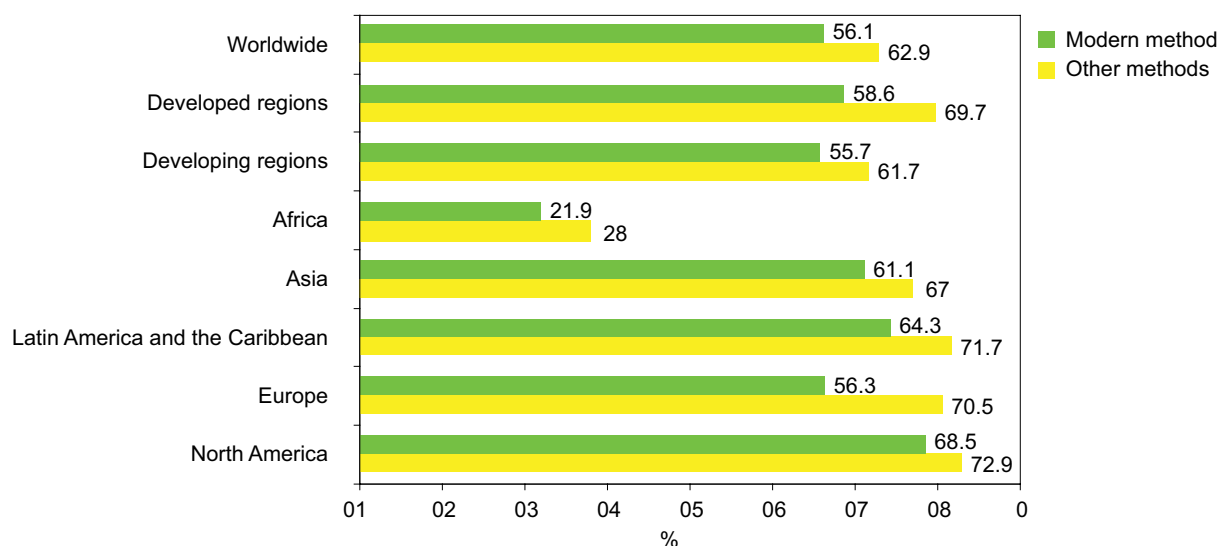


¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI



Figure : pourcentage de femmes mariées ou en union libre, qui utilisent soit une méthode quelconque, soit une méthode moderne de contraception, 2007



Source : Organisation mondiale de la santé, 2013, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2ème édition*

Cette figure montre que le pourcentage de femmes utilisant une méthode de contraception en Afrique est très bas comparé aux autres continents. Les droits reproductifs des femmes ne sont pas satisfaits lorsque les produits contraceptifs ne sont pas

accessibles et disponibles gratuitement, au même titre que les accouchements. 200 millions de femmes dans les pays en développement ont des besoins en contraception non satisfaits, dont 130 millions en Afrique.

Références

- 1) Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
- 2) Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.
- 3) Schoumaker, B., Pauvreté et fécondité en Afrique sub-saharienne : une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé. African Population Studies 2004. Supplement A. vol. 19: p. 13-45.
- 4) Xu, K., D.B. Evans, G. Carrin, A.M. Aguilar-Rivera, P. Musgrove, and T. Evans, Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood), 2007. 26(4): p. 972-83.
- 5) Ridde, V., S. Kouanda, A. Bado, N. Bado, and S. Haddad, Reducing the Medical Cost of Deliveries in Burkina Faso Is Good for Everyone, Including the Poor. PLoS ONE, 2012. 7(3).

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le huitième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 8

FAUX

“ Les États africains ne sont pas capables de mettre en œuvre la gratuité des soins ! ”

Nombreux, y compris en Afrique, sont celles et ceux qui doutent de la capacité des États africains à mettre en œuvre les politiques de gratuité des soins. En effet, plusieurs pays éprouvent de sérieuses difficultés dans l'organisation de ces politiques, comme le Niger ou le Sénégal [1, 2]. Mais si ces politiques ne fonctionnent pas bien, c'est principalement parce qu'elles ont été peu planifiées et/ou insuffisamment financées. Tout comme le principe de la gratuité, la capacité des États ne peut être remise en cause sur la base de mauvais exemples, car plusieurs pays africains ont atteint des résultats encourageants.

Ainsi, l'efficacité de la politique d'accès aux soins des plus pauvres en Ouganda montre bien que les États sont en mesure d'organiser de telles politiques [3]. Le gouvernement du Mali, sans l'aide d'ONG, a mis en place la gratuité des traitements contre le paludisme et des césariennes. Même si leur mise en œuvre n'est pas parfaite [1], ces politiques publiques contribuent efficacement à augmenter la fréquentation des centres de santé [4, 5]. Une étude statistique rigoureuse effectuée dans 98 centres de santé de quatre districts

maliens, où aucune ONG n'intervient, révèle que quatre ans après la politique nationale de gratuité des traitements contre le paludisme (2010), la fréquentation des services a augmenté de 30% lors de la période de forte transmission du paludisme [cf. verso] [5]. Toujours au Mali, quatre ans après la politique de gratuité des césariennes, le taux de césarienne des femmes vivant dans les villes avec des hôpitaux de district est de 5%, ce qui est de bon augure pour lutter contre la mortalité maternelle. La gratuité de la césarienne a aussi diminué de manière très importante la probabilité conjointe de décès de la mère et de son nouveau né, passant de 4,6% avant à 2,4% après son introduction [cf. verso] [6]. Au Burkina Faso, la subvention nationale des accouchements est très efficace, y compris pour les femmes les plus pauvres [7, 8] et peut évoluer vers une gratuité totale. Au Sénégal, la gratuité des traitements antirétroviraux a permis de prendre en charge un plus grand nombre de patients tout en préservant leur statut immunologique et en stabilisant les coûts [9].

Si la volonté politique est présente et que les étapes de la planification et du financement sont respectées, de nombreux exemples montrent que les États africains sont en mesure de mettre en œuvre une politique efficace de gratuité des soins.

Références

- 1) Olivier de Sardan, J.-P. and V. Ridde, Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Afrique contemporaine*, 2012, 243(3): p. 11-32. <http://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2012-3.htm>
- 2) Ridde, V., L. Queuille, and Y. Kafando, eds. Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. 2012, CRCHUM/HELP/ECHO: Ouagadougou. 78. http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/2012/livre_CAPI.pdf
- 3) Nabyonga Orem, J., F. Mugisha, C. Kirunga, J. Macq, and B. Criel, Abolition of user fees: the Uganda paradox. *Health Policy and Planning*, 2011, 26 Suppl 2: p. ii41-51.
- 4) Fournier, P., C. Tourigny, A. Philibert, A. Coulibaly, A. Dumont, K. Sissoko, and T. M., Qui bénéficie de la gratuité de la césarienne dans les pays à faibles ressources? Une étude en milieu rural à Kayes (Mali), in 3rd International Conference Health Financing in Developing and Emerging Countries. CERDI 11 – 13 May 2011. 2011: Clermont-Ferrand. France.
- 5) Heinmueller, R., V. Ridde, I. Traore, and L. Toure, Évaluation de l'effet de la gratuité des CTA et TDR dans quatre districts sanitaire du Mali. 2012, CRCHUM, MISELI: Montréal. http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/2012_evaluationEffetsSubventionCTAUtilisationServices_RAPPORT_Heinmueller.pdf
- 6) Fournier, P., A. Philibert, C. Tourigny, A. Coulibaly, M. Traoré, and A. Dumont, La gratuité de la césarienne sauve des vies surtout dans les villes. 2012, CRCHUM, Université de Montréal. p. 2.
- 7) Ridde, V., S. Kouanda, A. Bado, N. Bado, and S. Haddad, Reducing the Medical Cost of Deliveries in Burkina Faso Is Good for Everyone, Including the Poor. *PLoS ONE*, 2012, 7(3).
- 8) De Allegri, M., V. Ridde, M. Sarker, O. Müller, A. Jahn, V. Louis, Y. M., and J. Tiéndrebeogo, The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity - Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 2012, Nov;33(4):439-53.
- 9) Taverne, B., A. Desclaux, P. Sow, E. Delaporte, and I. Ndoye, Evaluation de l'impact bio-clinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV - Cohorte ANRS 1215. . 2012, Rapport final. ANRS, CNLS, CRCF, IRD: Dakar.

¹ Sachs J. : *Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet* 2012, 380:944-947.

PREUVES À L'APPUI



Tableau : évolution des effets de la gratuité des traitements du paludisme (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans dans 4 districts du Mali pour un centre moyen

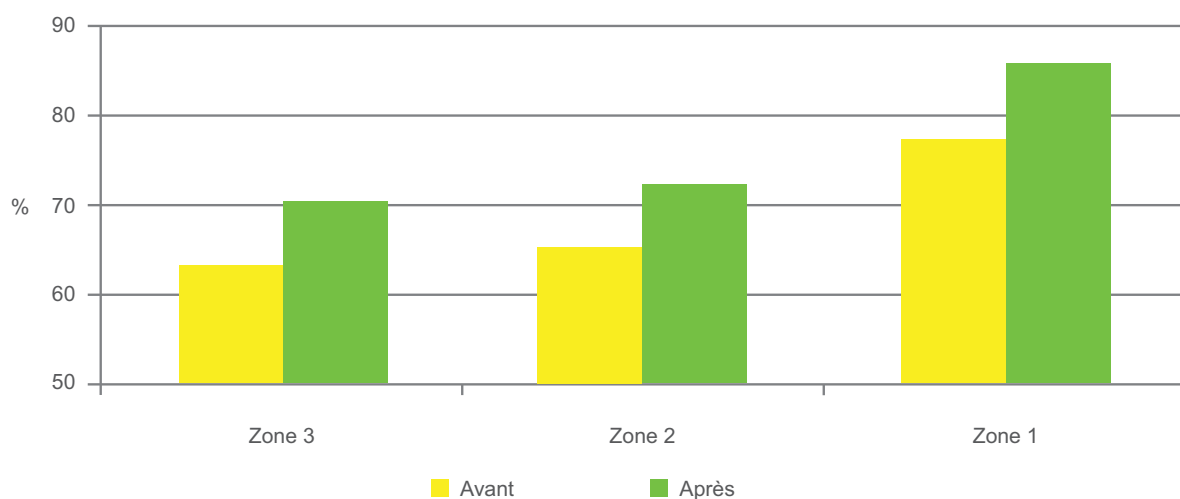
	Nombre trimestriel de consultations (IC 95%)	Taux annualisé de consultations par personne (IC 95%)	Effet multiplicateur (IC95%)
Haute transmission palustre (sept. 2010)			
Avec gratuité	443 (389 - 503)	0,66 (0,58 - 0,75)	1,30 (1,07 - 1,59)
Attendu sans gratuité	340 (275 - 421)	0,51 (0,41 - 0,63)	
Basse transmission palustre (mars 2010)			
Avec gratuité	258 (229 - 290)	0,39 (0,35 - 0,44)	1,15 (0,97 - 1,36)
Attendu sans gratuité	224 (187 - 270)	0,34 (0,28 - 0,41)	

Source : Heinmueller R., V. Ridde, I. Traore and L. Toure. Évaluation de l'effet de la gratuité des CTA et TDR dans quatre districts sanitaires du Mali. 2012, CRCHUM, MISEL: Montréal

Ce tableau est extrait d'une recherche statistique réalisée dans 98 centres de santé de quatre districts situés dans quatre régions différentes du Mali. La recherche vise à évaluer les effets de la politique de gratuité des nouveaux traitements contre le paludisme (Combinaison à base d'artémisinine : CTA) mise en place par le Mali en juillet 2007. Mais, les consultations restent payantes. L'analyse quantitative permet d'estimer, après avoir tenu compte de nombreux facteurs de confusions, l'effet multiplicateur (autrement dit le

facteur par lequel l'utilisation a été augmentée) sur l'utilisation des services attribuable à la seule gratuité de l'État sans soutien d'ONG. Le tableau montre un effet net multiplicateur estimé à 1,30 (IC 95% : 1,07 ;1,59), soit 30%, lors de la saison de haute transmission du paludisme, donc lorsque les besoins des enfants sont les plus importants, après trois ans de politique de gratuité des traitements contre le paludisme. Il existe cependant quelques différences d'effets entre les quatre districts, dont l'explication reste à trouver.

Figure : probabilités prédites de survie de la mère et du nouveau-né avant et après la gratuité de la césarienne dans la région de Kayes au Mali



Source : Fournier P., A. Philibert, C. Tourigny, A. Coulibaly, M. Traoré and A. Dumont. La gratuité de la césarienne sauve des vies surtout dans les villes. 2012, CRCHUM, Université de Montréal, p. 2.

Cette figure présente les résultats statistiques d'une étude réalisée dans la région de Kayes au Mali. Elle montre que la probabilité prédite de survie des mères et de leur nouveau-né s'est largement améliorée après la gratuité de la césarienne. Ces données tiennent compte des facteurs pouvant influencer sur cette probabilité, tels que l'âge des femmes, le district, les indications cliniques, les antécédents de césarienne et la présence d'un système de

référence-évacuation. Cette amélioration a été constatée dans les trois zones d'étude : Zone 1 (villes avec les hôpitaux de district), Zone 2 (villages avec des centres de santé communautaires) et Zone 3 (villages sans formation sanitaire). L'étude montre aussi que ces effets positifs sont beaucoup plus marqués pour les femmes qui résident en ville. Des efforts restent donc à faire pour favoriser l'accès aux césariennes pour les femmes du milieu rural.

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le neuvième d'une série de neuf fiches visant à montrer, preuves à l'appui, combien certaines idées à l'égard du principe de la gratuité des soins régulièrement entendues dans le cadre de nos activités de transfert de connaissances sont des « pensées paresseuses »¹.

IDÉE REÇUE 9

FAUX

“ Les États africains n'ont pas les moyens de s'offrir la gratuité des soins ! ”

La gratuité des soins pour les patients a un coût pour l'État et ses partenaires. Comme toutes les politiques publiques, elle exige d'être financée. Cependant, beaucoup considèrent impossible l'organisation de ce financement par les États africains.

Pourtant, dans la majorité des cas, les politiques de gratuité pour les enfants ou les femmes enceintes en Afrique sont financées par les États, les partenaires extérieurs ayant un rôle très relatif (Burkina Faso, Mali, Sénégal, etc.) [1, 2, 3]. Or, une étude récente montre que le financement de la santé dont les sources sont publiques et non privées profite davantage aux personnes les plus pauvres qu'aux plus riches (Ghana, Tanzanie et Afrique du Sud) [4]. Néanmoins, la quasi-totalité des pays africains n'accordent pas encore suffisamment de priorité au secteur de la santé. L'objectif de dédier 15% du budget de l'État à ce secteur (Déclaration d'Abuja en 2001) n'est que rarement atteint (3,3% au Tchad, 8,1% au Burundi, 9,2% au Bénin, etc.) [5]. Pourtant, des ressources nationales sont souvent disponibles. De plus, certaines ressources nationales normalement consacrées aux pauvres sont parfois mal utilisées. Une étude du Fonds monétaire international (FMI) montre que les 120 milliards de francs CFA débloqués durant la crise en 2008 par le gouvernement

burkinabè pour aider les plus pauvres ont profité aux riches [6]. Il faut comparer ces 120 milliards aux deux milliards de budget annuel de la stratégie nationale de subvention des accouchements, dont les bénéficiaires ne sont pas capturés par les plus riches [7]. Il est donc ici question de priorité et de bonne utilisation des ressources. Ces dernières années, le Ghana a eu la volonté politique d'augmenter sa TVA (qui reste progressive [8]) pour financer les deux tiers de son assurance nationale de santé [9]. En revanche en 2012, le Niger et le Gabon ont réussi à mobiliser deux milliards de francs CFA pour aider leur équipe de football à se rendre à la Coupe d'Afrique des Nations. Enfin, des ressources sont disponibles au niveau international. Il reste aux pays donateurs à respecter leur engagement de consacrer 0,7% de leur produit national brut à l'aide publique au développement (ADP) [10]² et à annuler la dette extérieure africaine en encourageant l'augmentation des investissements dans le secteur social. Concernant la gratuité des soins, les principaux bailleurs de fonds internationaux se sont déclarés prêts à accompagner les États africains dans l'organisation de telles politiques [11], mais ils ne l'ont guère encore fait.

Dans la majorité des cas, les politiques de gratuité pour les enfants et les femmes enceintes déjà mises en place en Afrique sont financées par les budgets nationaux dont la part accordée à la santé reste encore très insuffisante. Des ressources nationales et internationales sont disponibles pour financer les politiques de gratuité si celles-ci sont considérées comme prioritaires par les gouvernements africains et leurs partenaires.



¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. *The Lancet* 2012, 380:944-947.

² Selon l'OCDE, en 2011, l'ADP nette ne représentait que 0,31% du revenu national brut cumulé des pays donateurs, estimant que ces statistiques comprennent 95% des dépenses mondiales d'ADP.

PREUVES À L'APPUI

Le chemin vers une couverture universelle et le financement des systèmes de santé proposé par l'OMS



Le rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'Organisation mondiale de la santé [12] traite de l'obstacle majeur que constitue le paiement direct à la couverture universelle et de la nécessité de trouver d'autres ressources pour financer le système de santé. Bien entendu, ce rapport pointe l'absence de respect des engagements pris les chefs d'États africains en matière de santé et des pays donateurs en matière d'APD. Mais il propose aussi d'améliorer l'efficacité

des systèmes de santé et de développer le principe du partage des risques.

Plus de santé pour son argent

Il propose neuf pistes visant à remédier aux principales causes de l'inefficacité des systèmes de santé pour une utilisation plus judicieuse des ressources. Il estime que 20 à 40% des ressources sont utilisées sans pour autant améliorer la santé des personnes et considère « énormes » les gains sanitaires potentiels d'un meilleur réinvestissement de ces ressources.

Plus d'argent pour la santé

Il propose aussi une liste d'options innovantes de financement national de la santé (tableau). Il donne notamment l'exemple du Gabon, qui en 2009, a introduit un impôt sur les transferts d'argent pour lever des fonds visant à subventionner les soins médicaux des groupes à faibles revenus. Les taxes de 1,5% des profits après impôts des entreprises de transfert d'argent et de 10% des opérateurs de téléphonie mobile ont ainsi rapporté l'équivalent de 30 millions de dollars américains au secteur de la santé gabonais.

Tableau : options nationales de financement innovant

Options	Potentiel de levée de fonds *
Impôt spécial sur les grandes entreprises rentables	\$\$-\$\$\$
Prélèvement sur les transactions de devises	\$\$-\$\$\$
Emprunt par obligations destiné à la diaspora	\$\$
Impôt sur les transactions financières	\$\$
Contributions de solidarité volontaire liées aux téléphones portables	\$\$
Droit d'accise sur le tabac et/ou l'alcool	\$\$
Impôt indirect sur les aliments non sains (sucre, sel, etc.)	\$-\$-\$
Vente de produits ou services franchisés	\$
Taxe touristique	\$

* \$, potentiel faible ; \$\$, potentiel moyen ; \$\$\$, potentiel élevé

Source : OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2010

Références

- Meessen, B., D. Hercot, M. Noirhomme, V. Ridde, A. Tibouti, C.K. Tashobya, and L. Gilson, Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. Health Policy and Planning (Supplement 2), 2011. 26: p. ii16-ii29.
- Olivier de Sardan, J.-P. et V. Ridde, Les contradictions des politiques publiques. Un bilan des mesures d'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Afrique contemporaine, 2012. 243(3): 13-32.
- Ridde, V., L. Queuille, and Y. Kafando, eds. Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. 2012, CRCHUM/HELP/ECHO: Ouagadougou. 78. http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/2012/livre_CAPI.pdf
- Mills, A., J.E. Ataguba, J. Akazili, J. Borghi, B. Garshong, S. Makawia, G. Mtei, B. Harris, J. Macha, F. Meheus, and D. McIntyre, Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. Lancet, 2012. 380(9837): p. 126-33.
- WHO, World Health Statistics 2011. 2011, World Health Organization: Geneva. p. 149.
- Del Granado J. A. and I. Adenauer. Burkina Faso – Policies to protect the poor from the impact of food and energy price increases. IMF Working Paper 2011 : Ouagadougou p. 26.
- Ministère de la Santé: Plan de mise en oeuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. In Ouagadougou: Ministère de la Santé; 2006: 45
- Mills, A., J.E. Ataguba, J. Akazili, J. Borghi, B. Garshong, S. Makawia, G. Mtei, B. Harris, J. Macha, F. Meheus, and D. McIntyre, Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. Lancet, 2012. 380(9837): p. 126-33.
- Seddoh, A. and S.A. Akor, Policy initiation and political levers in health policy: lessons from Ghana's health insurance. . BMC Public Health, 2012. 12 (Suppl 1): p. S10.
- <http://www.oecd.org/fr/cad/statistiquesdelaide/apd2011finale.htm>
- Robert E. et V. Ridde. Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu ne font plus l'unanimité au sein de la communauté internationale. Une analyse documentaire. Les Cahiers du CIRDIS – Collection recherche No 2012-01. Montréal: Centre interdisciplinaire de recherche en développement international et société (CIRDIS); 2012: 33.
- OMS : Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle. In. Genève: OMS; 2010: 120.

OXFAM France

Oxfam France est membre de la confédération internationale Oxfam, un réseau de 17 organisations de solidarité internationale qui travaillent ensemble dans plus de 90 pays pour trouver des solutions durables à la pauvreté, aux injustices et aux inégalités. En France, Oxfam mène depuis 25 ans des campagnes de mobilisation citoyenne et de pression sur les décideurs politiques. Elle contribue également aux actions humanitaires d'urgence et aux projets de développement du réseau, en collaboration avec des partenaires et des alliés dans le monde entier.
www.oxfamfrance.org

ONG HELP

Help est une organisation non gouvernementale d'aide humanitaire. Elle soutient des personnes en détresse, indépendamment de leur origine, leur religion et leur idéologie depuis plus de 30 ans. Les piliers les plus importants de son travail sont le secours d'urgence, l'aide au développement et les projets de réhabilitation. HELP opère dans beaucoup de pays dans le monde à l'aide de donations, de financements du gouvernement allemand, de l'Union Européenne, des Nations
www.help-ev.de

CRCHUM

Le Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) vise l'amélioration de la santé des populations par un continuum de recherche universitaire de haut niveau. Il dispose de plus de 360 chercheurs et 450 étudiants. Ses recherches en santé mondiale portent sur des thèmes qui sont reliés à l'évaluation des transformations dans les systèmes de santé (dispensation des services et mécanismes favorisant leur accès) et aux programmes de santé publique mondiale destinés à analyser les liens entre la pauvreté et la santé et réduire le fardeau de la maladie (VIH-SIDA, mortalité maternelle).
www.chumtl.qc.ca

