

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. Tièndrebeogo, 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

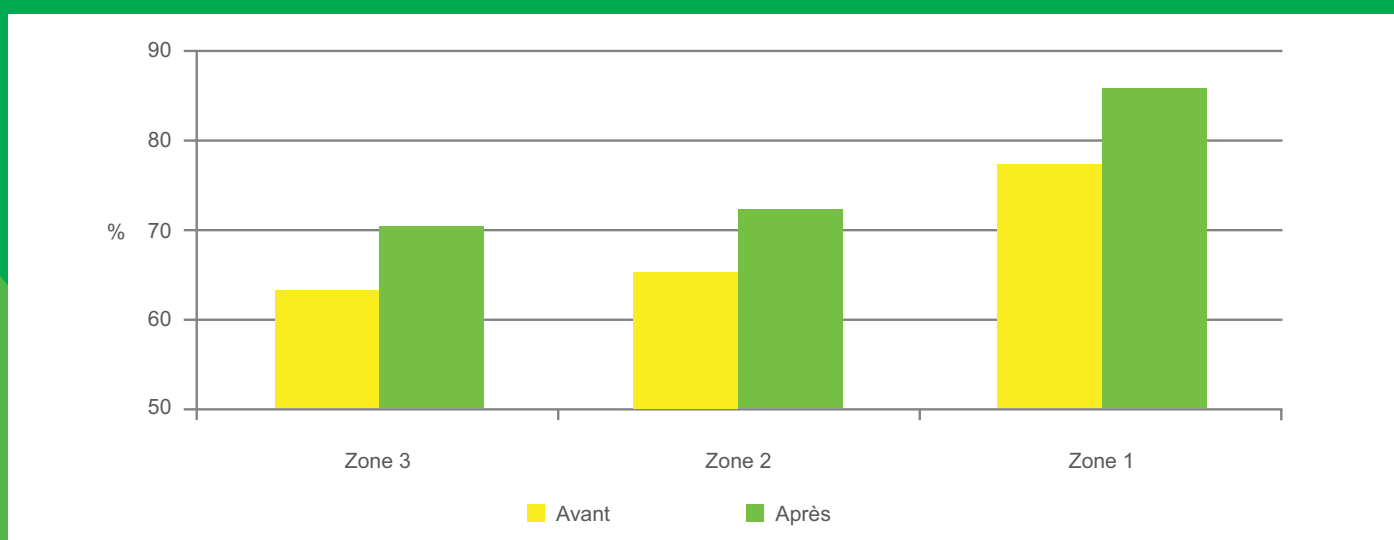
	Nombre trimestriel de consultations (IC 95%)	Taux annualisé de consultations par personne (IC 95%)	Effet multiplicateur (IC95%)
Haute transmission palustre (sept. 2010)			
Avec gratuité	443 (389 - 503)	0,66 (0,58 - 0,75)	1,30 (1,07 - 1,59)
Attendu sans gratuité	340 (275 - 421)	0,51 (0,41 - 0,63)	
Basse 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.