

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.

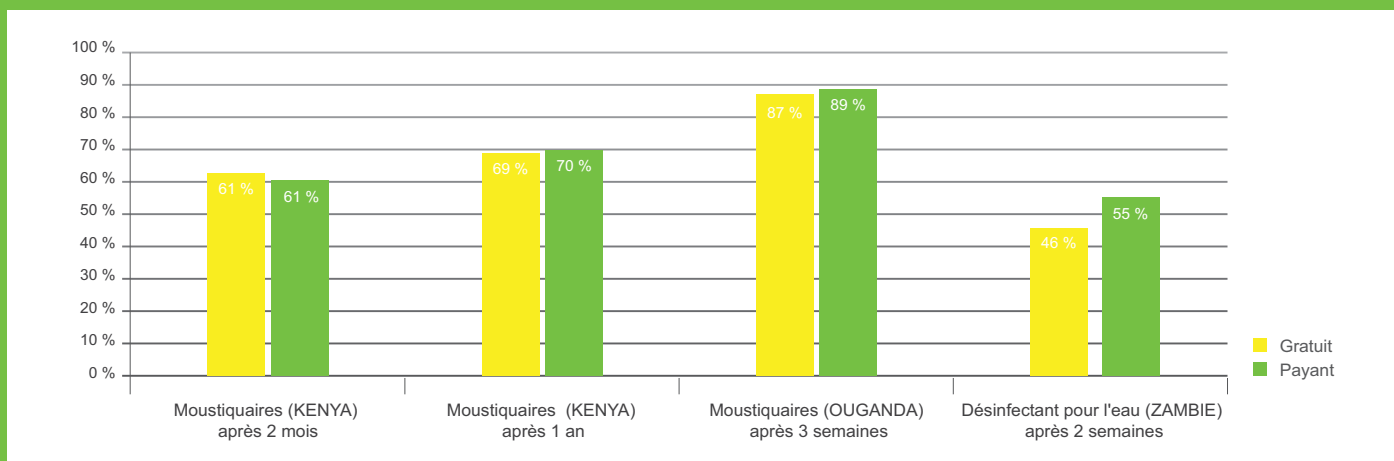
Références

- 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)

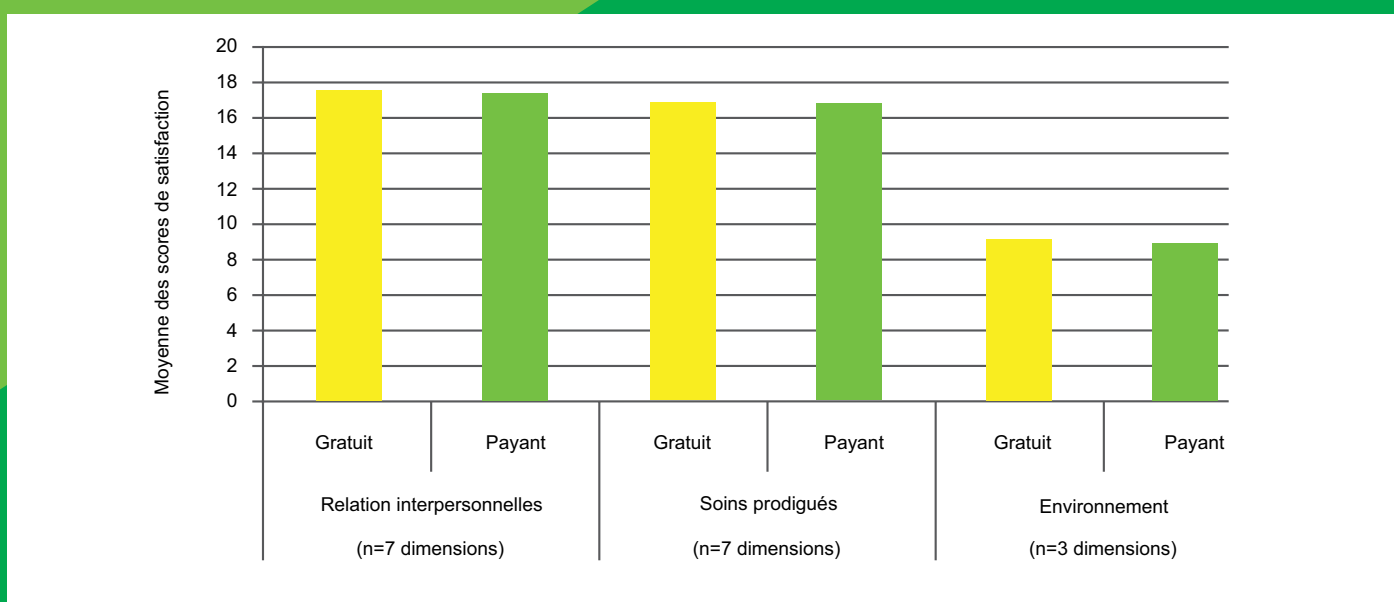


Source : <http://factsreports.revues.org/1301>

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.