



Les effets de différentes formes de gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé des enfants de moins de cinq ans à Kangaba, Mali

Heinmüller, R. Ridde, V. Haddad, S. Dembélé Y. et Jouquet G.

Cette note montre que la gratuité totale du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans organisée par MSF-OCB dans le cercle de Kangaba a eu un effet immédiat, durable et a multiplié les taux de consultations curatives par trois.

Introduction

Avant que le gouvernement ne décide de rendre l'accès gratuit aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) dans l'ensemble du pays en 2007, Médecins sans frontières OCB (MSF-OCB) a organisé une série de mesures de gratuité des soins dans les centres de santé communautaire (CSCoM) du cercle de Kangaba à partir de 2005. Ces mesures ont été mises en place de manière graduelle dans le temps (2005-2009) et dans l'espace (trois groupes de CSCoM). Aussi, cette expérience naturelle offre un potentiel d'évaluation comparative rarement disponible dans la région. En effet, nous pouvons ainsi disposer de données avant et sans la gratuité des soins dans des contextes relativement comparables, ce qui est indispensable si l'on souhaite porter un regard rigoureux sur les effets d'une telle innovation.

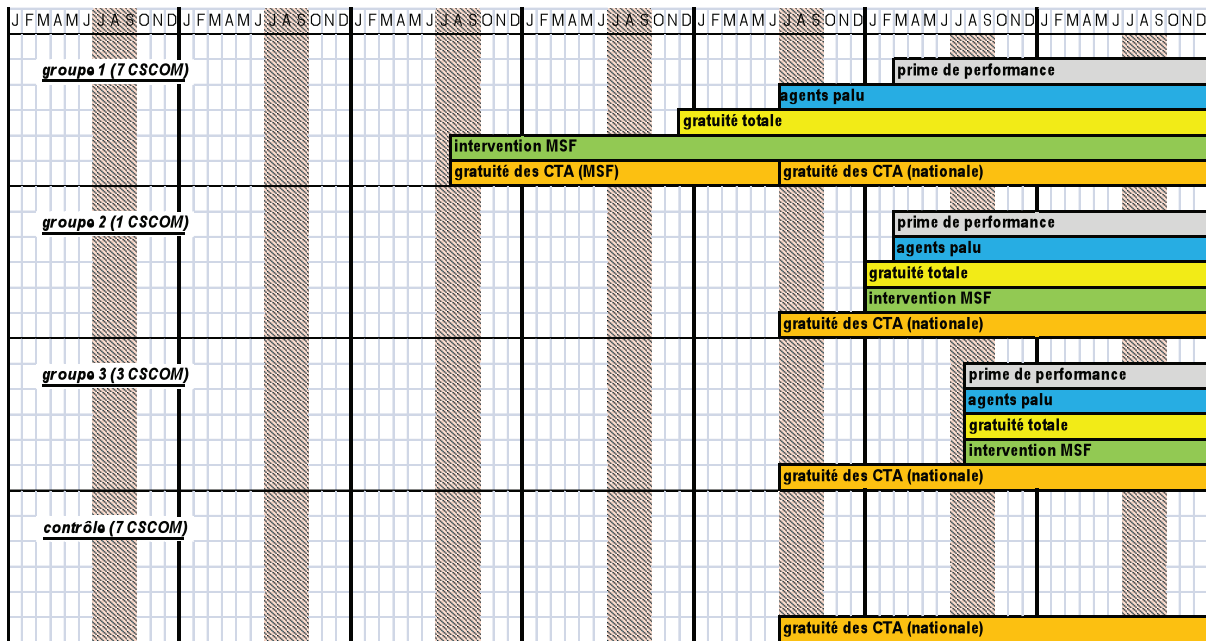
Différentes formes de gratuité et d'innovations

En août 2005, MSF-OCB rend les CTA gratuits dans sept CSCoM du cercle de Kangaba (groupe 1, Figure 1). En même temps, l'ONG introduit les tests de diagnostic rapide (TDR) et soutient la mise en œuvre de cette gratuité en informant la population, formant le personnel, supervisant les activités, organisant la logistique, etc. Puis, dans ces mêmes CSCoM, MSF rend tous les soins totalement gratuits en décembre 2006, tout en poursuivant leur appui général au renforcement du système de santé.

Dans les quatre autres CSCoM du cercle, intervient la gratuité des CTA organisée par l'État en juillet 2007. Dans un de ces CSCoM (groupe 2), MSF-OCB introduit la gratuité totale en janvier 2008 ainsi que son appui général. Dans les trois autres CSCoM (groupe 3), c'est en juillet 2008 que leur intervention apporte la gratuité totale ainsi que l'appui global à la mise en œuvre. L'ONG explique son intervention tardive dans ce groupe par leur accessibilité difficile.

Enfin, dans chacun de ces trois groupes de CSCoM, MSF a introduit à des dates différentes deux autres innovations. D'une part, des agents de santé communautaires (dit agent palu) sont mobilisés dans tous les villages situés à plus de cinq kilomètres des centres de santé pour distribuer des CTA (après l'usage des TDR) uniquement pendant la saison palustre (entre juillet et décembre). D'autre part, des primes destinées au personnel de santé sont distribuées sur la base de leur performance jugée à partir de plusieurs critères.

La figure 1 à la page suivante permet de mieux visualiser l'échelle temporelle de ces innovations. Le cercle de Sélingué, adjacent à celui de Kangaba, a été choisi pour comparer l'évolution des consultations car MSF-OCB n'y est pas intervenus. Seule la politique nationale de gratuité des CTA a été appliquée.



Méthodes

Les données d'utilisation des services ont été collectées dans les rapports trimestriels des deux cercles, pour chaque mois et chaque CScom, entre janvier 2003 et décembre 2009. Une analyse visuelle des séries chronologiques temporelles a été effectuée. Puis, nous avons réalisé une analyse statistique au moyen d'une régression multiniveaux. Cela permet d'évaluer la contribution de chacune des formes de gratuité dans l'utilisation des services et de prendre en compte (contrôler) des différences de contextes pouvant exister entre les centres de santé (par ex : présence/absence de MSF, de médecin, de CSréf, de maternité rurale ainsi que la proportion de populations éloignées des CScom).

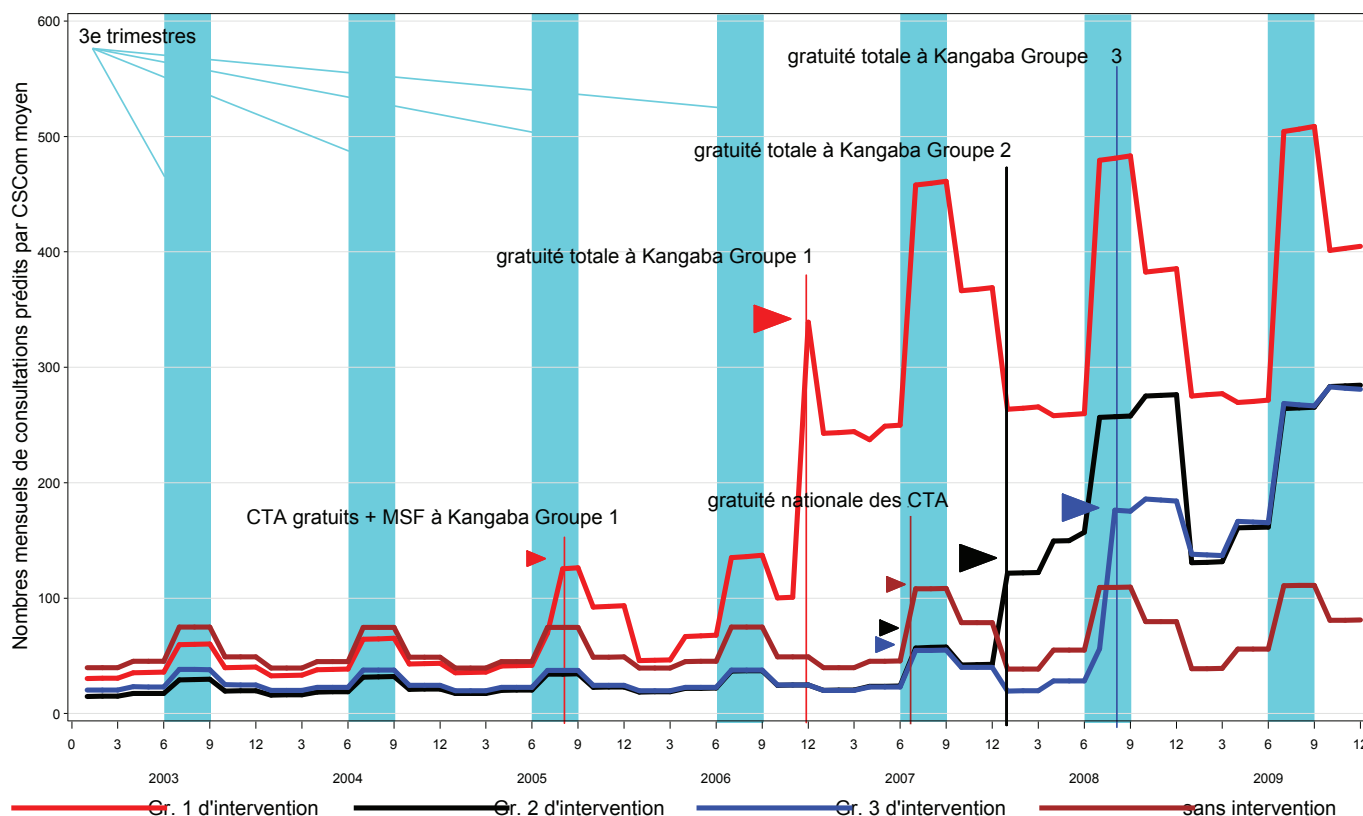
Résultats

La gratuité totale a eu un effet immédiat et durable sur les consultations curatives des enfants de moins de cinq ans (voir la figure à la page 3). Cette fréquentation a été multipliée par un facteur très statistiquement significatif de l'ordre de trois¹. Par exemple dans le groupe 1, le taux annualisé de consultation après neuf mois de gratuité totale est de 3,38 alors que sans cette gratuité totale, ce taux n'aurait été que de 1,02 nouvelles consultations par enfant et par an (voir le tableau à la page 3 et le graphique à la page 4). Cette hausse a été constatée dans les trois groupes d'intervention, quelle que soit la saison de l'année où cette gratuité a été mise en place. En revanche, aucune évolution n'est constatée à Sélingué. Cette absence de changement renforce l'attribution de la hausse constatée dans le cercle de Kangaba à la gratuité des soins, telle que mise en œuvre par MSF (donc y compris son appui au système de santé).

La tendance à long terme de cette augmentation se maintient dans tous les groupes. De plus, l'augmentation spécifique à la saison palustre s'amplifie au fur et à mesure du temps où la gratuité totale est en place. Il ne semble donc pas que l'on en soit encore arrivé à un palier d'utilisation chez les enfants.

Même si l'ampleur des changements est parfois différente, tous les CSComs sans exception ont vu leur fréquentation s'accroître à la suite de la gratuité totale. Il semble que l'on constate une plus grande hausse saisonnière (de l'ordre de 50%) des consultations dans les centres qui disposent d'un médecin et des ressources afférentes à sa présence. En revanche, la présence d'un hôpital de district (CSref) dans l'aire de santé d'un CSCom atténue la hausse des consultations (de l'ordre de 30%).

¹ : Ces taux prennent en compte les effets immédiats, les effets liés à la tendance, les effets saisonniers et contrôle pour de multiples facteurs pouvant intervenir dans l'explication des différences entre les groupes.



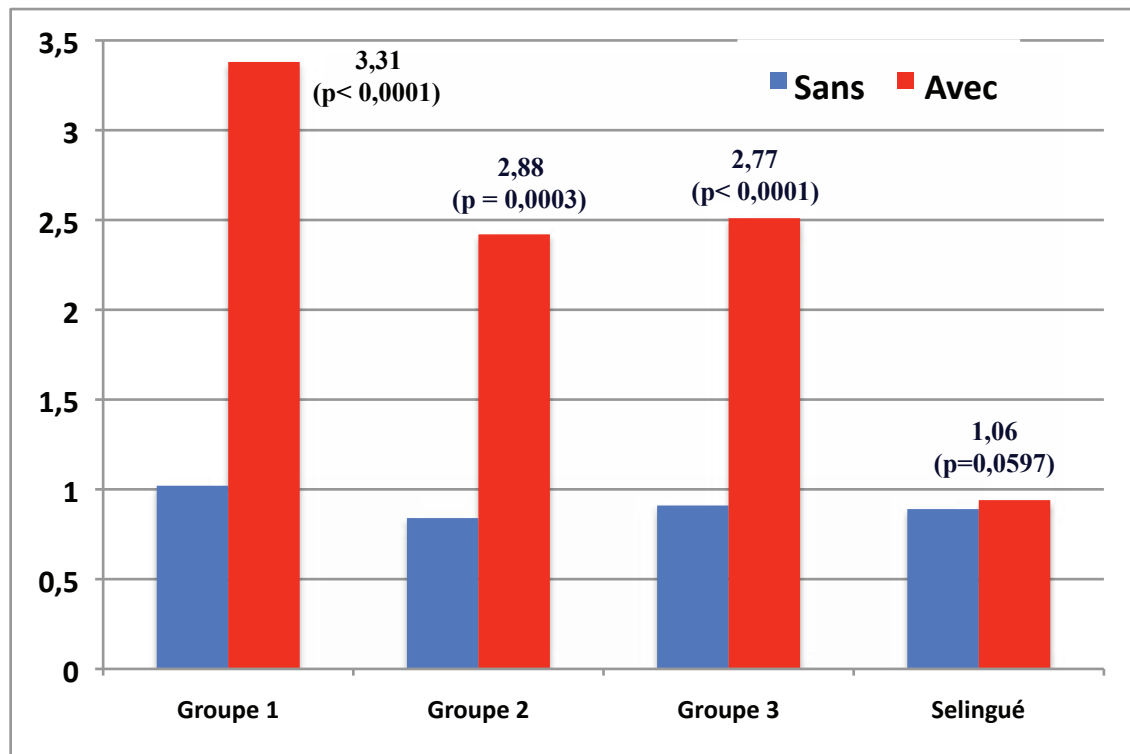
La gratuité des CTA a permis d'augmenter de l'ordre de 40-50% l'utilisation des services lors des 3e et 4e trimestres. Mais cet effet est plus prononcé de 30% dans le groupe 1 où leur introduction a été accompagnée par MSF-OCB.

Les analyses n'ont pas été en mesure d'évaluer les effets des primes de performance au personnel de santé et du déploiement des agents palus. De plus, il semble que la proportion d'habitants vivant à plus de cinq kilomètres d'un CSCOM, les populations provenant de l'extérieur des aires de santé et la présence de maternité rurale n'influencent pas les effets constatés.

	taux annualisé estimé (I.C. à 95%)	nombre mensuel estimé (I.C. à 95%)	effet multiplicateur estimé (I.C. à 95%)	valeur p
Kangaba groupe 1 d'intervention				
trimestre 3, 2007 avec effet de 9 m de gratuité totale	3,38 (2,65-4,30)	571 (449-726)	3,31 (2,48 - 4,44)	< 0,0001
sans gratuité totale	1,02 (0,81-1,28)	172 (137-216)		
groupe 2 d'intervention				
trimestre 3, 2008 avec effet de 8 m de gratuité totale	2,42 (1,94-3,02)	257 (206-320)	2,88 (2,16 - 3,85)	0,000
sans gratuité totale	0,84 (0,68-1,04)	89 (72-111)		
groupe 3 d'intervention				
trimestre 3, 2009 avec effet de 13 m de gratuité totale	2,51 (2,01-3,13)	281 (225-351)	2,77 (2,08 - 3,70)	< 0,0001
sans gratuité totale	0,91 (0,72-1,14)	101 (81-128)		
Sélingué sans intervention MSF				
trimestre 3, 2009	0,94 (0,69-1,28)	172 (126-235)	1,06 (1,00 - 1,12)	0,060
trimestre 3, 2008	0,89 (0,65-1,20)	163 (120-220)		



Le graphique ci-dessous représente de manière visuelle les effets constatés de l'augmentation des taux annualisés d'utilisation ainsi que les effets multiplicateurs présentés dans le tableau précédent (par exemple : 3,31 pour le Groupe 1).



Conclusion

L'effet immédiat, constant et durable de la gratuité des soins sur l'utilisation des services dans le cercle de Kangaba confirme le bien-fondé de cette stratégie, accompagnée par un renforcement du système de santé (suivi, supervision de la qualité, adaptation de la charge de travail), pour couvrir des besoins qui, jusqu'alors, étaient ignorés. Il reste maintenant à mieux connaître les bénéficiaires de cette hausse et la manière dont les populations et l'État vont réagir à l'arrêt de l'intervention de MSF-OCB à partir d'avril 2011.

Autre note d'information disponible sur les Observatoires de la gratuité au Mali :

- Ridde, V. Haddad, S. Dembélé, Y. Diabaté, M. et Traoré, M. N. Des observatoires de la gratuité des soins au Mali. Février 2011