

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.

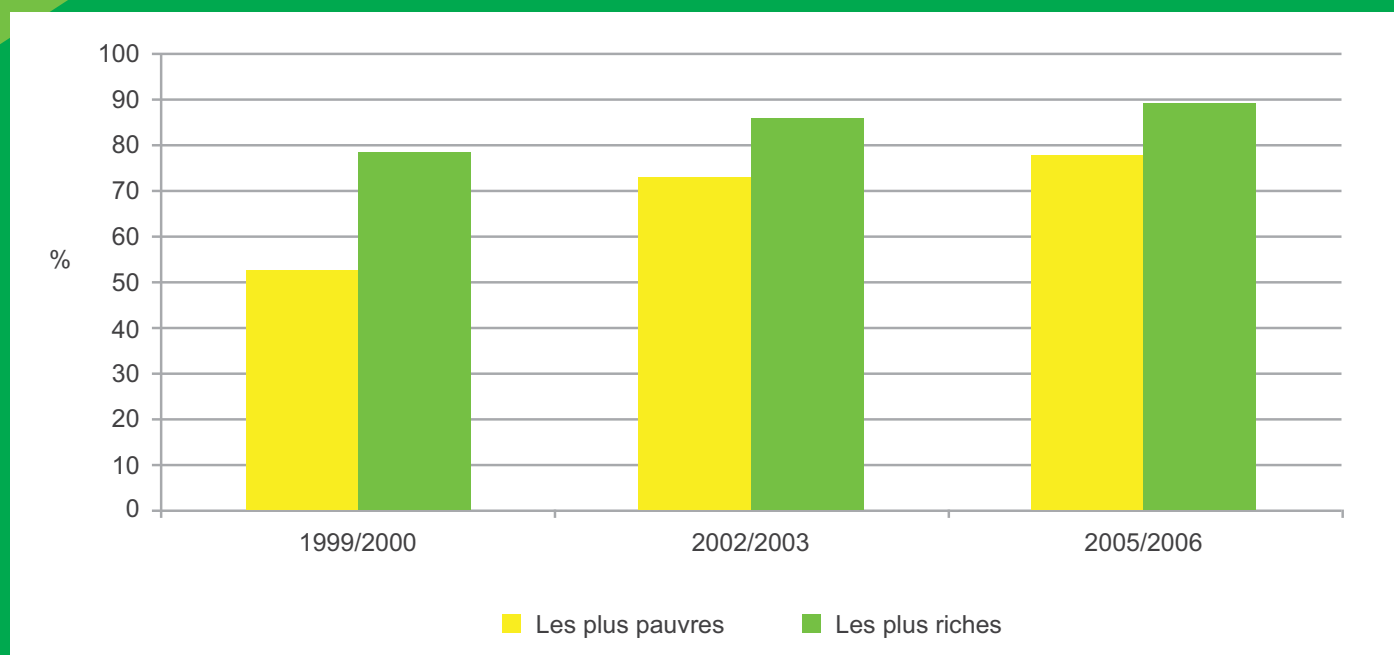


¹ Sachs J. : Achieving universal health coverage in low-income settings. The Lancet 2012, 380:944-947.

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