

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

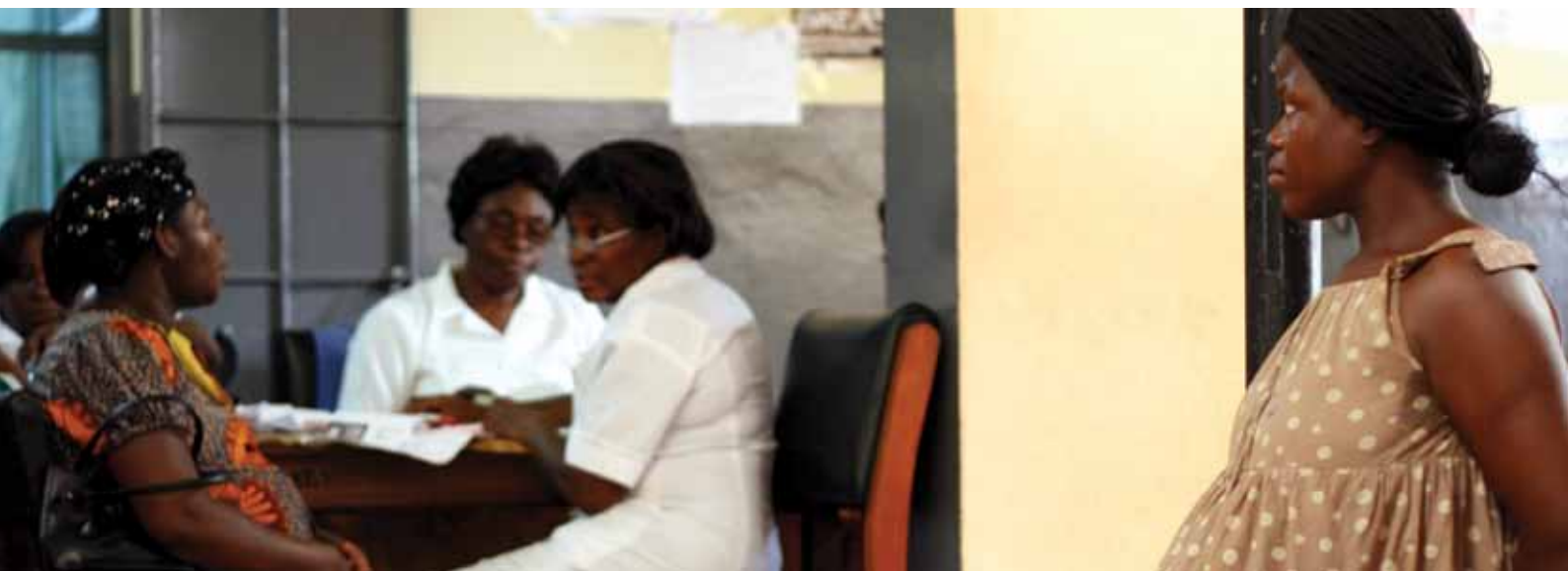
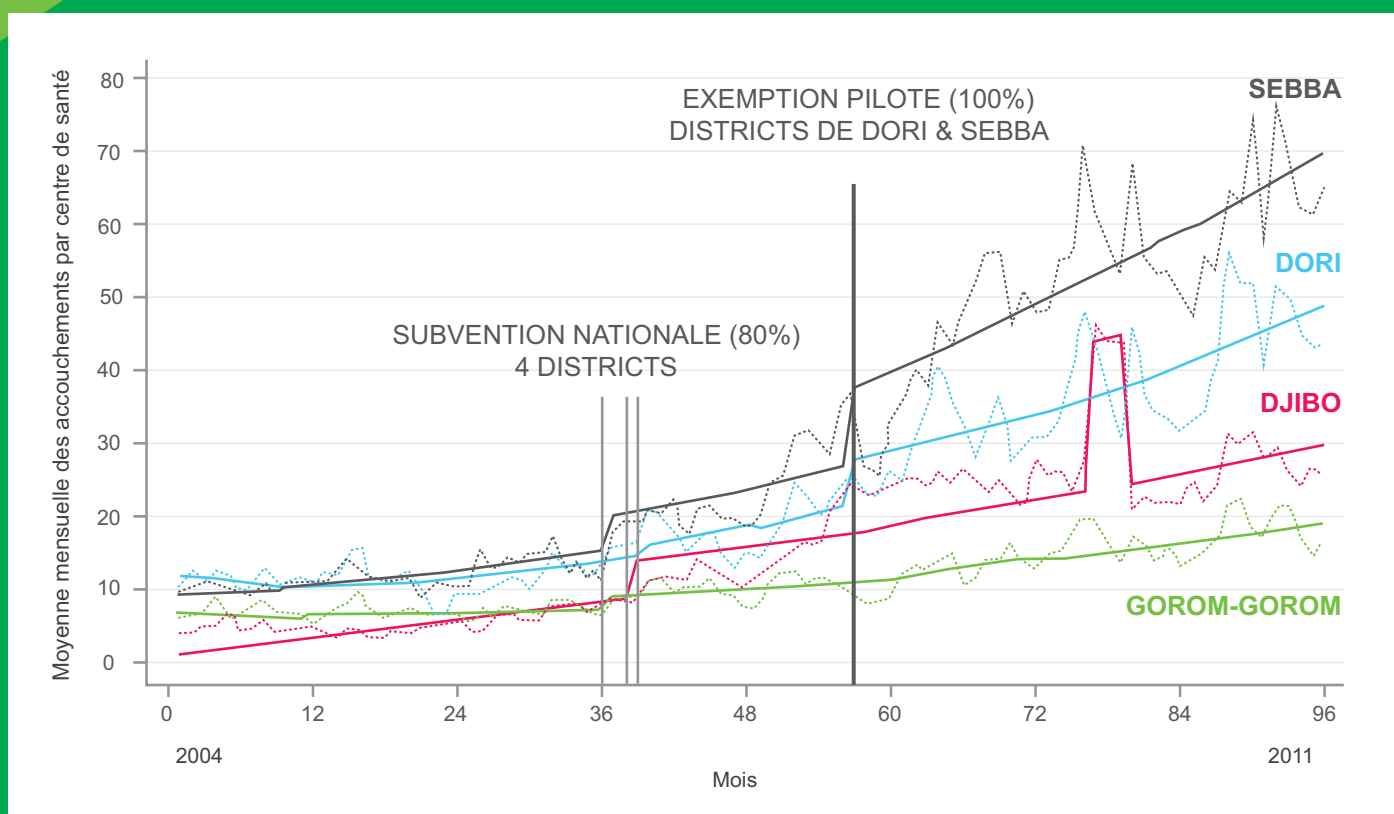


Figure : évolution du nombre d'accouchements dans les centres de santé des 4 districts sanitaires de la région du Sahel au Burkina Faso de 2004 à 2011 (série chronologique)



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.