

GRATUITÉ DES SOINS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : EN FINIR AVEC CERTAINES IDÉES REÇUES

Ce document est le sixième 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 6

FAUX

“ La gratuité des soins entraîne la faillite des centres de santé ! ”

Régulièrement, nous entendons des responsables sanitaires opposer le principe de gratuité à des acquis importants de l'Initiative de Bamako, une réforme des systèmes de santé entreprise à la fin des années 80 [1]. Deux des piliers stratégiques ont consisté à la mise en place d'un système de recouvrement des coûts (RC) basé sur l'instauration du paiement par les usagers au point de service et d'une participation communautaire pour gérer les centres de santé et les fonds nouvellement perçus. Le RC a généré des recettes destinées au renouvellement des stocks de médicaments essentiels génériques et à couvrir certains frais de fonctionnement (entretien et réparation des infrastructures, salaires du personnel communautaire, primes au personnel de santé, etc.). Il a aussi généré des bénéfices devant, normalement, servir à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins, mais qui ont été thésaurisés la plupart du temps. La participation communautaire s'est traduite par la création des comités locaux de gestion des formations sanitaires. Il est donc reproché à la gratuité de ne pas respecter le système de recouvrement des coûts, de mettre en faillite et de déstructurer les comités de gestion des formations sanitaires. D'un point de vue théorique, dire que la gratuité ne respecte pas le système de recouvrement des coûts est mal connaître le principe de gratuité des soins. Bien entendu, « gratuité » ne veut pas dire que personne ne paie. Cela signifie simplement que le service offert n'est pas payé par l'utilisateur mais par un tiers (État, assurance ou autre) qui dispose de ressources provenant de diverses sources (État, aide internationale, contribuables).

La gratuité peut donc s'intégrer parfaitement dans le système de recouvrement des coûts grâce au tiers payant. Dans ce cas, elle augmente considérablement les recettes et génère des ressources supplémentaires pour les comités de gestion des formations sanitaires du fait de l'augmentation importante de la fréquentation des services. Evidemment, si la politique est sous-financée et/ou que le tiers ne paie pas, le recouvrement des coûts ne se fait plus et les effets sur la situation financière des comités de gestion sont désastreux. Cela vaut pour n'importe quel mécanisme de financement. C'est effectivement le cas au Sénégal ou au Niger [2]. Mais on ne peut pas évaluer un principe à partir d'exemples ne remplissant pas les pré-requis les plus élémentaires. Au Mali, une étude a montré que la politique nationale de gratuité des traitements contre le paludisme n'avait eu aucun effet négatif sur les finances communautaires [3]. Ainsi, les avoirs financiers des centres de santé restent importants, 2 millions F CFA en moyenne (plus de 3 000 €). Au Burkina Faso, la situation des remboursements liés à la subvention nationale des accouchements n'est pas parfaite, mais elle n'a pas entraîné la faillite des formations sanitaires. Ces dernières reçoivent les montants requis, parfois en retard, mais en quantité suffisante [4]. Cela étant dit, les effets positifs potentiels de la gratuité au niveau communautaire ne sont pas que financiers puisque des études menées au Burkina Faso ont montré que la gratuité des soins avait aussi permis de renforcer le pouvoir d'agir des membres des comités de gestion, des femmes et des indigents [5] (cf. verso).

La gratuité des soins peut parfaitement s'intégrer au système de recouvrement des coûts. Elle permet d'augmenter la capacité financière des centres de santé à condition qu'elle soit financée et correctement mise en œuvre avec un tiers payeur. Elle peut aussi renforcer le pouvoir d'agir des membres des comités de gestion des formations sanitaires et des populations.



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

PREUVES À L'APPUI



A voir sur Youtube : le film documentaire **L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé** : Frisque, JC, K. Ametepe, L. Queuille, V. Ridde and N. Marcellin, 2011, Manivelle productions/HELP/CRCHUM/ECHO : Ouagadougou.

EXTRAITS



«Avant cette gratuité, les enfants malades restaient à la maison, mais maintenant que c'est gratuit, tout le monde a la chance de bénéficier des soins et ça aide toute la population».

Adjaratou Diallo, utilisatrice de services de santé.

Source : <http://www.youtube.com/watch?v=GJH41jULht4&list=ULI9MTaaofDeg>

Pour aller plus loin, nous vous proposons de regarder le film documentaire dans son intégralité. Ce film de 4 minutes résume quelques résultats de recherches évaluatives concernant une expérience de gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes et allaitantes entreprise par la direction régionale de la santé du Sahel au Burkina Faso avec l'appui d'une ONG. Dans ce film, agents de santé,



« Si ton enfant de 5 ans tombe malade, tu réfléchis toute la nuit. Qu'est ce que tu vas devoir vendre pour pouvoir le soigner ? ».

Mamadou Dicko, vice-président du COGES du centre de santé de Seytenga

responsables de comité de gestion de formations sanitaires, chefs de ménage et mères de famille expliquent les effets positifs qu'entraînent la gratuité des soins au niveau communautaire : renforcement du pouvoir d'agir des femmes et des ménages, renforcement des comités de gestion des formations sanitaires et augmentation de leurs ressources financières.

Références

- 1) Oussenin, A. and Y. Kafando, Les effets de la politique d'exemption du paiement des services de santé sur la capacité financière des comités de gestion au Niger. *Afrique Contemporaine*, 2012. 243, p 65-76.
- 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.
- 3) Kafando, Y., L. Touré, and V. Ridde, La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances des es CSCom au Mali. 2012, MISELI et CRCHUM: Bamako et Montréal. p. 22.
- 4) Ridde V, F. Richard, A. Bicaba, L. Queuille and G. Conombo. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 2011, Supplement 2(26):ii30-ii40.
- 5) Samb, O. and V. Ridde, Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent «l'empowerment» des communautés au Burkina Faso. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 2012. 103 (supp 1) S20-S25.