



MALI

BURKINA FASO

CANADA

La gratuité des soins améliore grandement l'accessibilité aux services de santé, mais les gains demeurent fragiles

T. Druetz¹, A. Bicaba², T. Some², S. Kouanda³, A. Ly⁴, S. Haddad⁴

¹ Université de Montréal, Canada, ² Société d'Études et de Recherche en Santé Publique, Burkina Faso, ³ Institut de Recherches en Sciences de la Santé, Burkina Faso, ⁴ Université Laval/ Centre de Recherche du CHU de Québec, Canada

Message principal

La gratuité des soins mise en œuvre dans plusieurs districts au Burkina Faso améliore l'accessibilité aux services de santé. Notre étude, réalisée dans le district de Kaya, révèle que la fréquentation des centres de santé a doublé après l'introduction de la gratuité en milieu rural et en

milieu urbain. Toutefois, les gains demeurent fragiles. Ils peuvent être rapidement effacés par un arrêt inattendu de la gratuité et la réintroduction du paiement direct. La durabilité de la mise en œuvre et la pérennité du financement sont des enjeux-clés d'une politique de gratuité.

Un des pionniers de la gratuité

Les initiatives de gratuité des soins (pour les enfants de moins de 5 ans et/ou pour les femmes enceintes) ont fait récemment l'objet de plusieurs évaluations scientifiques. Les preuves réunies sont désormais largement partagées. La gratuité : (i) augmente rapidement et de façon importante la fréquentation dans les centres de santé et (ii) permet de réduire les inégalités d'accès aux services¹. Toute la population en bénéficie, y compris les ménages les plus démunis.

Le Burkina Faso est l'un des premiers pays d'Afrique sub-saharienne à avoir institué une politique nationale de gratuité des

soins ciblant l'ensemble de la population de mères et d'enfants de moins de 5 ans. Cette politique nationale est entrée en vigueur en juin 2016 et fait suite à des expérimentations dans trois régions du pays.

Dans le district de Kaya, la gratuité pour tous les enfants a été introduite avec l'appui de l'ONG *Save The Children* en juin 2011. Sa mise en œuvre a connu des soubresauts. Elle a été temporairement suspendue en décembre 2013, puis réintroduite à nouveau en mars 2014.

Quels sont les objectifs et les méthodes ?

L'objectif de cette étude est d'évaluer les retombées des épisodes d'arrêt et de reprise de la gratuité des soins sur la fréquentation dans les centres de santé, puis de tirer les leçons de ces conséquences. Le rétablissement du paiement a-t-il réduit à nouveau la fréquentation des services ? Jusqu'à quel point ? Quels sont les effets d'une suspension de la gratuité à plus long terme ? La demande de soins en serait-elle affectée durablement ?

Les données de fréquentation des enfants de moins de cinq ans de cinq centres de santé ont été colligées à partir des registres de consultation, puis saisies et agrégées sur une base mensuelle. La période d'observation court de janvier 2005 à mars 2015. Les analyses longitudinales effectuées sont de type séries temporelles interrompues. Une seconde composante, qualitative, a inclus des entrevues avec quinze répondants (infirmiers-chefs de poste, parents, gérants des dépôts pharmaceutiques).

Quelles preuves ont été rassemblées ?

Avant l'introduction de la gratuité, la fréquentation des centres de santé était déjà en hausse (phase A1 - voir Figure 1). L'introduction de la gratuité en 2011 (phase B1) a entraîné une augmentation significative et immédiate de la fréquentation mensuelle, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural (voir Tableau 1). La suspension de la gratuité (phase A2) en décembre 2013

s'est traduite quant à elle par une chute immédiate et significative de la fréquentation des centres, venant pour une large part effacer les gains de la phase précédente. La réintroduction de la gratuité (phase B2) a permis de récupérer une partie seulement des gains perdus.

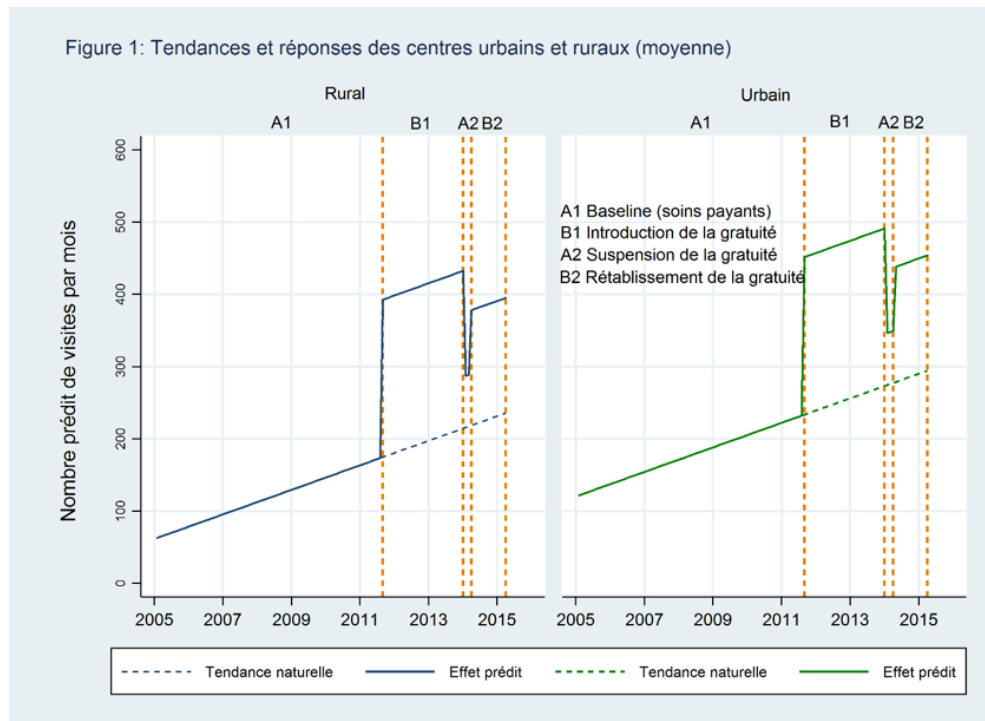


Tableau 1 : Effets moyens de l'introduction, du retrait et de la réintroduction de la gratuité

Période	Contraste	Changement absolu*	[95% IC]
A1 Tendence séculaire (référence)	-	-	
B1 Gains après l'introduction de la gratuité	B1 - A1	+218	[+120 ; +316]
A2 Pertes après le retrait de la gratuité	A2 - B1	-146	[-255 ; -37]
<i>A2 comparé A1</i>	A2 - A1	+72	[-13 ; +156]
B2 Reprise après la réintroduction de la gratuité	B2 - A2	+87	[-11 ; +187]
<i>B2 comparé à B1</i>	B2 - B1	-58	[-180 ; +63]
<i>B2 comparé à A1</i>	B2 - A1	+160	[+59 ; +260]

* Différence dans le nombre prédict de visites par mois. Tous les estimés sont ajustés pour tenir compte de la saisonnalité et de la tendance séculaire.

Les entrevues avec le personnel sanitaire confirment que l'interruption de la gratuité a directement déterminé les variations du volume de consultations. De plus, bien que la gratuité ait été globalement bien acceptée, elle se traduit par une augmentation de la charge de travail du personnel sanitaire – une étude conduite dans des districts expérimentant la gratuité avait elle aussi révélé des plaintes de la part du personnel sanitaire². Dans certains centres de notre zone à l'étude, l'habitude a d'ailleurs été prise de « suspendre » la gratuité en début d'après-midi pour limiter le volume de consultations.

Deux effets malencontreux ont été observés. D'une part, l'interruption a provoqué des changements néfastes dans les pratiques de recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant (auto-médication, visite auprès des tradi-praticiens, augmentation du délai avant la consultation, etc.). D'autre part, une fois la gratuité réintroduite, certains parents ont consulté de façon excessive les centres de santé de manière à « stocker » les médicaments, car ils redoutaient une nouvelle interruption ou carrément un arrêt de la gratuité.

Tableau 2 : Réponses spécifiques des centres de santé à l'introduction et la ré-introduction de la gratuité des soins

Introduction de la gratuité*			Effet		
Centre de santé	Après l'introduction	Avant l'introduction	Différence absolue	Intervalle de confiance à 95%	Ratio avant/après
Rural_1	384	175	210	[136 ; 283]	2.20
Rural_2	297	136	162	[137 ; 236]	2.19
Rural_3	272	166	106	[32 ; 180]	1.64
Urbain_1	772	405	367	[294 ; 440]	1.91
Urbain_2	548	303	246	[173 ; 319]	1.81

Ré-introduction de la gratuité*			Effet		
Centre de santé	Après la ré-introduction	Avant la ré-introduction	Différence absolue	Intervalle de confiance à 95%	Ratio avant/après
Rural_1	287	179	109	[19 ; 198]	1.61
Rural_2	298	138	160	[70 ; 250]	2.16
Rural_3	240	169	71	[-23 ; 164]	1.42
Urbain_1	656	418	237	[147 ; 328]	1.57
Urbain_2	532	311	221	[131 ; 312]	1.71

* Le nombre de visites prédites au moment de l'introduction / ré-introduction de la gratuité. Tous les estimés sont ajustés pour la tendance séculaire et la saisonnalité.

Enfin, l'étude a montré une forte hétérogénéité des trajectoires et des réponses des différents centres à la gratuité. Lors de l'introduction de la gratuité, la progression mensuelle du nombre de consultations a varié de +64% à +120%. La réponse des

centres au rétablissement de la gratuité a, quant à elle, +42% à +116% – d'ailleurs, dans un des centres, la reprise n'était pas statistiquement significative. Tous les centres présentent une reprise inférieure à l'introduction initiale.

Que conclure ?

La gratuité permet d'augmenter considérablement l'accessibilité aux services de santé, mais les gains sont fragiles. ***Ils s'estompent rapidement lorsque les autorités ne sont pas, pour une raison ou une autre, aptes à assurer la continuité de la mise en œuvre de la gratuité.*** L'expérience du Niger montre qu'une politique de gratuité peut échouer lorsque les autorités ne parviennent pas à assurer sa continuité en ne remboursant pas régulièrement par exemple, les centres de santé³.

Les études scientifiques soulignent à quel point la réussite de mesures destinées à améliorer l'accessibilité financière par la réduction des prix des services payés par les usagers demeure tributaire de la capacité à en assurer durablement le financement et le déploiement. La présente étude confirme que la pérennité de la mise en œuvre est un critère essentiel au succès d'une politique de gratuité.

La politique nationale de gratuité au Burkina Faso représente une initiative ambitieuse et qui agit sur la capacité de payer des utilisateurs; l'un des déterminants majeurs de l'accès aux soins. En améliorant la santé des mères et des enfants, elle pourrait contribuer à améliorer l'indice de développement humain de ce pays.

La politique nationale de gratuité devrait recevoir une attention particulière des autorités et bénéficier du soutien technique et financier des partenaires étrangers, afin d'en garantir une implantation réussie et de réunir les conditions permettant de tirer réellement avantage de son efficacité.

Remerciements & financement

La recherche a bénéficié d'une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (# GIR127070) et d'une subvention de l'initiative Innovation pour la santé des mères et des enfants d'Afrique – un partenariat entre Affaires mondiales Canada (AMC), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) du Canada.

1. Druetz T et coll. (2015). Abolishing fees at health centers in the context of community case management of malaria: What effects on treatment-seeking practices for febrile children in rural Burkina Faso?, *PLoS ONE*, **10**(10): e0141306. Voir aussi Ridde, V., Haddad, S., & Heinmuller, R. (2013). Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso, *Journal of Epidemiology & Community Health*, **67**, 751-757.
2. Ly A et coll. (2013). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger, *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, **106**, 264-271.
3. Olivier de Sardan JP et coll. (2010). Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger. Programme « Abolition du paiement », note d'information #1 du LASDEL, Niamey. Disponible gratuitement sur : www.usi.umontreal.ca/bulletin/2010/avril/policy_brief_gratuite_niger_2.pdf