



MALI

BURKINA FASO

CANADA

## La gratuité des soins de santé contribue à améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans

S. Haddad<sup>1</sup>, A. Bicaba<sup>2</sup>, S. Kouanda<sup>3</sup>, T. Druetz<sup>4</sup>, T. Some<sup>2</sup>, A. Ly<sup>1</sup>, N. Corneau-Tremblay<sup>1</sup>, G. Lacroix<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Université Laval/ Centre de Recherche du CHU de Québec, <sup>2</sup> Société d'Études et de Recherche en Santé Publique,

<sup>3</sup> Institut de Recherches en Sciences de la Santé, <sup>4</sup> Université de Montréal

### Que sait-on des impacts de la gratuité ?

Les initiatives visant à fournir des soins gratuits aux populations vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, ont fait l'objet de plusieurs évaluations scientifiques. Les preuves accumulées au Burkina Faso et dans des pays ayant mené des expériences similaires sont convaincantes quant à l'efficacité de ces mesures pour améliorer l'accès aux soins. La fréquentation des centres de santé augmente rapidement, de façon importante et durable lorsqu'elles sont pleinement implantées.

La gratuité permet aussi de réduire les inégalités d'accès au système de santé. Elle bénéficie à l'ensemble de la population, y compris les ménages les plus démunis, même si elle ne lève pas tous les obstacles financiers que rencontrent les utilisateurs, notamment ceux qui doivent assumer des dépenses de transport élevées. Les travaux scientifiques montrent aussi que ces gains sont fragiles et disparaissent rapidement en cas d'arrêt de la gratuité.

### De quelles connaissances manque-t-on ?

Une étude de simulation suggère que les mesures de gratuité seraient susceptibles de réduire la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans<sup>1</sup>. Néanmoins, aucune étude empirique n'a à ce jour, ni au Burkina Faso ni ailleurs, pu mesurer l'impact des mesures de gratuité sur la santé. L'incidence de ces

mesures sur le bien-être des enfants et des femmes enceintes, leur morbidité ou leur mortalité n'a donc pas encore pu être démontrée. L'établissement de ces preuves scientifiques est en effet, exigeant, et requiert la conduite de recherches longitudinales menées dans des conditions rigoureuses.

### Quels sont les objectifs et méthodes ?

L'objectif principal de la recherche est de mesurer chez les enfants de moins de cinq ans, les impacts de l'exposition à la gratuité. Le contexte particulier de l'étude permet de vérifier si ces impacts augmentent avec la durée de l'exposition à la gratuité.

Le second objectif de l'étude consiste à vérifier dans quelle mesure la gratuité bénéficie davantage ou non, aux enfants qui, en raison de leur genre, leur milieu de vie ou leur pauvreté, sont plus vulnérables.

L'équipe a mené à cet effet une étude longitudinale dans le district sanitaire de Kaya. Depuis 2007, l'organisme *Save the Children International* et les autorités de santé y mènent un projet de lutte contre la malnutrition aiguë. Grâce au

concours de l'Union Européenne, une composante visant à fournir des soins gratuits aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes a été introduite en juillet-août 2011. La mise en œuvre de la gratuité s'est poursuivie à l'exception d'une interruption de courte durée en décembre 2013.

L'évaluation a commencé au moment où la gratuité a été instaurée, en prenant avantage de l'existence d'un observatoire de santé mis en place par l'IRSS (KaHDSS). Les enfants des cohortes de naissances postérieures à 2007 d'un échantillon de 2000 ménages ont été suivis depuis 2011. Des examens cliniques, anthropométriques et biologiques ont été réalisés annuellement, toujours à la même période.

L'indice de la taille pour l'âge et le retard de croissance étaient les mesures de résultat principales. Le ralentissement de la croissance est un marqueur de la vulnérabilité de l'enfant de moins de cinq ans. Il est influencé par un ensemble de facteurs infectieux, nutritionnels et sanitaires. Les mesures secondaires de résultats sont l'indice poids-taille, le degré d'émaciation

(maigreur), l'hémoglobininémie et la présence d'une anémie. Les analyses ont fait appel à des modèles statistiques permettant de tenir compte de l'évolution naturelle des indicateurs de résultats d'année, des facteurs de confusion et des co-variations entre l'âge et la durée d'exposition<sup>2</sup>.

## Quelles preuves ont été rassemblées ?

Les résultats montrent qu'un accès gratuit aux soins de santé primaires pendant les cinq premières années de vie de l'enfant permet de **réduire la prévalence du retard de croissance de 6,5** (Tableau 1). Tel qu'attendu, l'impact sur le retard de croissance est plus important que pour l'émaciation (réduction de 2,7 %) ; cet indicateur étant moins sensible aux variations rencontrées dans la consommation alimentaire ou aux habitudes de vie.

Les retombées sont directement reliées à la durée d'exposition à la gratuité. À tous les âges, la prévalence du retard de croissance va diminuer avec la durée d'exposition. L'effet est maximal lorsque l'enfant a bénéficié de la gratuité de sa naissance jusqu'à l'âge de cinq ans (tableau 2, figure 1).

La gratuité profite davantage aux enfants vulnérables. Une exposition prolongée à la gratuité permet de compenser une partie du désavantage au regard de leur croissance, que rencontrent les garçons, les enfants vivant dans des familles pauvres, en insécurité alimentaire ou dans des milieux fortement contaminés (figure 2). L'écart se réduit entre les filles et les garçons, mais la différence n'est pas statistiquement

significative. Il est significatif pour tous les autres contrastes, ainsi que chez les enfants vivant en milieu rural ou non loti – comparativement à ceux vivant en milieu urbain (Tableau 3).

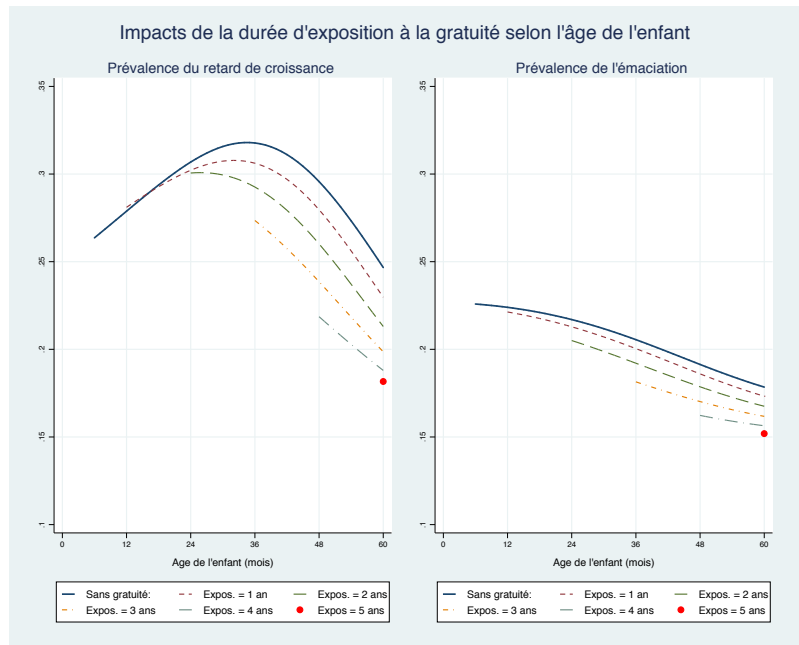


Tableau 1 : Impacts de la gratuité sur un enfant de 5 ans en ayant bénéficié depuis la naissance

Indicateur	Gain**	Réduction de morbidité Unité
Retard de croissance	-6.5	Points de pourcentage
Émaciation	-2.7	Points de pourcentage

\* Tenant compte de l'année, l'âge, le milieu de résidence, le statut socio-économique et le degré de sécurité alimentaire du ménage, et du risque de contamination fécale-orale dans le milieu de vie familial. \*\* Tous les gains rapportés sont statistiquement significatifs au seuil p=5%.

Tableau 2 : Prévalence moyenne du retard de croissance selon l'âge de l'enfant et la durée d'exposition à la gratuité

Âge (mois)	Durée d'exposition (en mois)					
	0	12	24	36	48	60
12	27.9%	28.1%				
24	30.7%	30.2%	30.1%			
36	31.8%	30.6%	29.3%	27.3%		
48	29.6%	28.0%	26.0%	23.9%	21.9%	
60	24.7%	23.0%	21.3%	19.9%	18.8%	18.2%

Tableau 3 : Impacts de la gratuité sur le retard de croissance selon les groupes d'enfants

	Points de pourcentage	
	Effet*	Différences
Tous	<b>-6.5</b>	
<b>GENRE</b>		
Garçon	-7.8	-2,5
Fille	-5.3	
<b>HABITAT</b>		
Urbain (U)	<b>-4.3</b>	<b>NL-U : -4.4</b> R-U : -3.2 R-NL : 1.2
Non loti (NL)	<b>-8.7</b>	
Rural (R)	<b>-7.5</b>	
<b>RISQUE DE CONTAMINATION</b>		
Plus faible	<b>-0.9</b>	<b>-7.3</b>
Plus élevé	<b>-8.2</b>	
<b>BESOINS DE BASE</b>		
Moins satisfaits	<b>-7.6</b>	<b>-4.6</b>
Plus satisfaits	<b>-3.0</b>	
<b>SÉCURITÉ ALIMENTAIRE</b>		
Moins élevée	<b>-7.9</b>	<b>-6.0</b>
Plus élevée	<b>-1.9</b>	

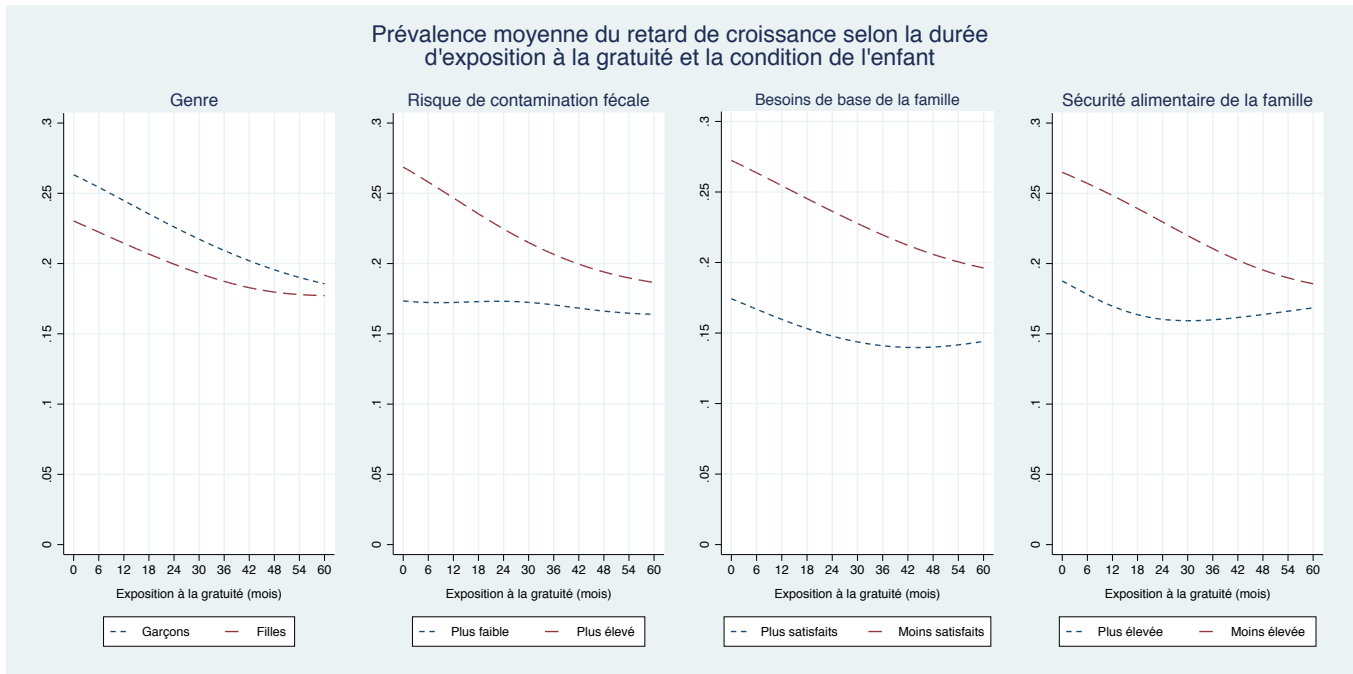
\* Les gains significatifs ( $p < 0,05$ ) sont en gras.

## Quelles sont les limites de l'étude ?

Une seule étude, aussi rigoureuse soit-elle, ne suffit pas à fournir des preuves définitives, d'autant que la recherche a été réalisée dans un contexte naturel potentiellement exposé à la survenue concomitante d'événements pouvant interférer avec les résultats observés. L'étude a cependant été réalisée dans des conditions lui conférant une bonne validité. Les analyses ont tenu compte de l'évolution spontanée des indicateurs de santé et des facteurs de confusion potentiels. Un recueil d'information systématique a été mis en place pour rendre compte des éventuelles actions intercurrentes menées localement.

La relation dose-effet observée est forte, et soutenue par une explication théorique lui conférant une forte vraisemblance. Les résultats des contrastes entre groupes vulnérables et non vulnérables sont fortement convergents. Les impacts positifs observés en termes de santé confirment les preuves obtenues par l'équipe sur l'accès et la fréquentation des services de santé au cours de la même période<sup>3</sup>. Enfin, aucune explication alternative ne viendrait a priori, expliquer les impacts et les relations doses-effets identifiés.

Figure 2



## Que conclure ?

Cette étude est la première à fournir des preuves empiriques documentant les bienfaits de la gratuité sur la santé des enfants. À elle seule, la gratuité permet de réduire de plus de 6.5 points de pourcentage la prévalence du retard de croissance quand elle est mise en œuvre de manière durable et qu'elle rejoint effectivement les enfants pendant leurs cinq premières années de vie. Ces résultats ont des implications importantes, alors que les progrès enregistrés pour réduire les vulnérabilités de l'enfant et lutter contre le retard de croissance sont lents et peu probants.

En second lieu, la gratuité bénéficie davantage aux enfants défavorisés du fait de leur milieu de résidence, leur condition sociale ou environnement de vie. Une implantation effective des mesures de gratuité contribue aux objectifs nationaux de justice et de développement social.

## 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. Johri M, Ridde V, Heimueller R, Haddad S. (2014) Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: an impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bull World Health Organ* 2014; 92:706–715| doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.130609>.
2. Les preuves présentées portent pour l'essentiel sur les mesures de résultats principales. L'analyse des incidences de la gratuité sur l'anémie n'est pas présentée ; les hauts niveaux de prévalence de paludisme complexifiant l'analyse des éventuels impacts de la gratuité sur cet indicateur.
3. Druetz T, Fregonese F, Bado A, Millogo T, Kouanda S, Diabaté S, Haddad S. (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*. 2015 Oct 26;10(10):e0141306. doi: 10.1371/journal.pone.0141306. eCollection 2015. PubMed PMID: 26501561.