



Académie des sciences d'outre-mer

*Les recensions de l'Académie*¹

***Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger / Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (dir.)
éd. Karthala, 2014
cote : 60.193***

En septembre 1978, la conférence d'Alma-Ata a été à l'origine du concept de « soins de santé primaires (SSP) » dont le but était d'atteindre l'objectif « Santé pour tous en l'an 2000 ». En 1987, l'Initiative de Bamako (IB) préconisa, dans un contexte de pénurie, la relance des SSP par l'introduction de mécanismes de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires. Cette prise de position mit un terme au dogme de la gratuité des soins qui prévalait jusqu'alors.

Vingt ans après la conférence d'Alma Ata, l'objectif « Santé pour tous en l'an 2000 » était loin d'être atteint. Si, en 2000, les 8 Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), dont 3 concernent directement le secteur de la santé, conduisirent à la réaffirmation du rôle majeur des SSP, il fut rapidement évident qu'ils ne seraient pas atteints en 2015, en particulier dans les pays d'Afrique subsaharienne. Une nouvelle politique de santé a été alors jugée nécessaire : la politique d'exemptions de paiement. Son but est de faire baisser la barrière financière de l'accès aux soins. Il s'agit soit d'exemptions sectorielles totales (dites « gratuités » des soins), soit d'exemptions sectorielles partielles (dites « subventions »). Ceci est en rupture partielle avec la politique officielle de recouvrement des coûts. Elle est présentée comme une étape « vers la couverture universelle, c'est-à-dire vers un accès universel aux prestations de santé avec la protection sociale correspondante (OMS 2008) ».

C'est de la politique d'exemptions de paiement dans trois pays d'Afrique subsaharienne : le Burkina-Faso, le Mali et le Niger, pays du Sahel ayant des situations comparables, que traitent les auteurs du livre : « Une politique publique de santé et ses contradictions » publié en 2014 aux Editions Karthala.

Ce livre repose sur un programme de recherches élaboré en 2008 par les auteurs pour étudier l'effet direct de la « gratuité » sur l'augmentation de l'accès aux soins et les effets indirects, non étudiés jusque là, en particulier sur la qualité des soins. L'ouvrage est l'aboutissant de quatre années de travaux par le programme de recherche LASDEL (Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement social) et l'Université de Montréal et a réuni de nombreux chercheurs nationaux et internationaux. L'étude a été menée avant les événements survenus au Sahel en 2013. Les auteurs partent du constat que les 3 pays ont, comme la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, une



¹ Les recensions de l'[Académie des sciences d'outre-mer](http://www.academieoutremer.fr) sont mises à disposition selon les termes de la [licence Creative Commons Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 3.0 non transcrit](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).
Basé(e) sur une oeuvre à www.academieoutremer.fr.



Académie des sciences d'outre-mer

situation sanitaire « dramatique », avec, en particulier, une forte mortalité infantile et maternelle. Pour y pallier, ces pays ont institué des exemptions de paiement, en particulier pour les soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et la prise en charge des césariennes. Les modalités sont différentes, gratuité (non totale ...) au Mali et au Niger, subventions au Burkina-Faso, mais, il y a des convergences dans l'élaboration et dans la décision, même si la politique élaborée au Burkina-Faso diffère de celles du Mali et du Niger.

Dans la première partie du livre : « Les exemptions de paiement et leur contexte public et sanitaire », les auteurs concluent que, si l'objectif principal des politiques d'exemptions de paiement, à savoir favoriser l'accès aux soins, est atteint, les conditions de leur mise en œuvre sont non adaptées aux systèmes de santé africains.

La deuxième partie traite de la mise en forme des politiques d'exemption de paiement. L'exemple des mesures prises au Burkina-Faso concerne le paludisme : elles ont été des subventions et non la gratuité pour les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour traiter le paludisme simple chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (alors que les coûts de la fourniture des CTA étaient budgétisés), et à l'opposé la gratuité totale pour le traitement du paludisme grave et la fourniture des moustiquaires imprégnées d'insecticides. De plus, les consultations sont restées payantes. Il y a là un paradoxe qui montre que les décisions ont été prises sans concertation. Des exemples sont aussi donnés pour le Mali et le Niger en ce qui concerne le paludisme et les césariennes qui ont bénéficié de la gratuité avec des financements extérieurs pour le Mali, mais sans financement pour le Niger, la décision ayant été prise dans l'urgence.

La troisième partie traite de la mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement. Au Burkina-Faso, la politique de subventions des soins obstétricaux et néo-natals d'urgence a conduit rapidement à l'arrêt d'un remboursement forfaitaire aux Comités de gestion et à un remboursement sur la base des dépenses réelles, le nombre des accouchements dystociques ayant augmenté sans raison apparente, si ce n'est un remboursement plus élevé des accouchements dystociques par rapport aux accouchements eutociques. La gratuité a été un révélateur des dysfonctionnements des services de santé, comme le montre la politique de gratuité des césariennes, financée par le budget national avec des retards systématiques de paiements. Au Mali, la gratuité du traitement du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans a entraîné des ruptures de stocks des médicaments essentiels génériques (MEG) et la prescription de médicaments par ordonnances de coûts élevés. Les auteurs insistent sur la mise en échec de la politique de gratuité par certains professionnels de santé qui, ne réalisant pas les tests de diagnostic rapide (TDR), traitent sans certitude diagnostique.

La quatrième partie traite des exemptions de paiement sous régime d'ONG (Organisations non gouvernementales). Il s'agit des actions menées par Médecins Sans Frontières (MSF) au Mali contre le paludisme, par Médecins du Monde (MDM) au Niger en ce qui concerne les accouchements et les césariennes, par Terre des Hommes au Burkina-Faso et la santé de la mère et de l'enfant. Toutes ces actions ont entraîné une augmentation de la fréquentation des Centres de santé, mais une pérennisation problématique des activités au départ des ONG.



Académie des sciences d'outre-mer

La cinquième partie traite des de « Quelques effets politiques d'exemptions de paiement ». Les politiques d'exemption de paiement ont entraîné une augmentation des prestations, donc une surcharge de travail pour le personnel de santé. Mais, une meilleure organisation et un moindre absentéisme compenseraient un personnel jugé insuffisant au Niger. Malgré que les consultations soient toujours payantes pour les enfants de moins de 5 ans, alors que CTA et TDR sont gratuits, la fréquentation des centres de santé a fortement augmenté au Mali, surtout en saison de haute transmission palustre. Mais, les effets des politiques d'exemption sur les finances communautaires ont été désastreux, les retards des remboursements entraînant une rupture des stocks de MEG.

La sixième partie traite des « Débats experts et débats citoyens autour d'une politique publique ». Les auteurs écrivent : « Tout au long de ce programme de recherche, nous avons été confrontés à diverses réticences, critiques, pressions ou accusations ». Les résultats n'étaient pas les bienvenus ni du côté des autorités, ni du côté des personnels de santé. Cependant, le recours aux méthodes mixtes prônées par les auteurs (données quantitatives et qualitatives) pour analyser les politiques publiques en Afrique, qui était jusqu'ici une exception, se développe.

A la lecture de ce livre, j'ai été « interpellé » par le pessimisme des auteurs. La situation sanitaire en Afrique subsaharienne s'améliore lentement, mais de façon continue, comme le montre le taux de mortalité infantile. L'adoption de la gestion axée sur les résultats quantitatifs et qualitatifs conduit à des changements dans le mode de gouvernance des systèmes de santé, passant de structures publiques à des centres de santé privés sans but lucratif, liés à l'Etat par une convention de service public.

Pierre Aubry