

Chapitre 20

Les effets des mesures d'exemptions et de subventions des traitements anti-paludéens sur la fréquentation des centres de santé au Mali : analyse longitudinale dans quatre districts ¹

Introduction

Le traitement du paludisme par des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) a été introduit au sein du système de santé public du Mali à partir de 2004 (Ministère de la santé 2006b). En juillet 2007, le Ministère les a rendues gratuites pour les jeunes enfants (0 à 4 ans) et fortement subventionnées pour les autres utilisateurs. Ainsi, le contexte de la politique analysée dans ce chapitre est le suivant :

- Les *enfants de 0 à 4 ans* ont un accès gratuit au test de diagnostic rapide du paludisme (TDR), au traitement par CTA du paludisme simple, et au traitement du paludisme grave. Le traitement simple coûtait avant juillet 2007 entre 2.000 et 3.000 FCFA.
- Les *personnes de cinq ans et plus*, ayant payé jusque-là entre 3.000 et 4.000 FCFA pour le traitement du paludisme simple, payent aujourd'hui environ 300 FCFA pour les CTA et 200 francs pour le TDR.

La consultation reste payante pour tout le monde (de l'ordre de 500 à 600 FCFA), y compris les enfants de moins de 5 ans. Les intrants gratuits ou subventionnés (CTA et TDR) sont mis à la disposition des formations sanitaires par le PNL² via la Pharmacie populaire du Mali (PPM).

Cette exemption partielle des frais de santé pose des défis pour le système de santé publique et les utilisateurs. *Le système* doit organiser la disponibilité constante des TDR et CTA, tout en maintenant la viabilité financière des pharmacies des centres de santé. Le personnel soignant doit être prêt à prendre en charge plus de patients, sans réduire la qualité des soins fournis. *Les utilisateurs* ne peuvent cependant pas être certains de bénéficier d'un traitement gratuit ou subventionné, car cela dépend du diagnostic qui est fait par les soignants. En outre, les symptômes du paludisme peuvent être produits par d'autres maladies dont la prise en charge n'est pas gratuite. La gratuité ou la subvention dépendent également de la disponibilité des intrants. Tous ces facteurs ont finalement de quoi faire hésiter les utilisateurs potentiels à se rendre aux centres de santé.

Ce chapitre examine dans quelle mesure ces interventions ont tout de même encouragé l'utilisation des services des CSCOM (les centres de santé communautaire sont la porte d'entrée dans le système public des soins, dirigés plus souvent par des infirmiers que des médecins).

¹ Ce chapitre est la version retravaillée et abrégée d'un rapport de recherche accessible sur Internet, qui fournit plus de détails notamment sur la zone d'étude, les méthodes et les résultats (Heinmüller & al., 2012b).

² Programme national de lutte contre le paludisme

Zones d'étude

Les quatre districts se situent dans quatre régions différentes du Mali : la commune 1 dans la capitale Bamako, le district de Kita dans la région de Kayes à l'ouest, et ceux de Koulikoro et de Sikasso dans les régions de mêmes noms autour de la capitale et au sud-est. Dans aucun de ces districts, le ministère n'était appuyé par une ONG du Nord pour mettre en œuvre la nouvelle stratégie. Ces districts représentent donc le contexte de la mise en œuvre d'une politique de gratuité/subvention des CTA dans des conditions réelles.

L'importance du paludisme varie selon la saison dans les zones étudiées. Le paludisme est « endémique et saisonnier » dans l'ensemble de la partie sud du Mali, mais la durée de la transmission intense diminue graduellement vers le nord. Pour les districts de Sikasso et Bamako, elle est estimée à six mois en moyenne, alors que pour la moitié nord du district de Kita et la plupart du district de Koulikoro (les deux étant situés plus au nord) elle est estimée à cinq mois. La transmission débute en moyenne en juin / juillet et se termine en novembre (MARA/ARMA Project, sans date).

Les districts représentent une diversité de situations géographiques et de santé publique du pays. Les indicateurs de santé avant la gratuité/subvention des CTA y étaient souvent moyens ou inférieurs par rapport à l'ensemble du pays, de même qu'à l'intérieur de leurs régions respectives. Les taux de fréquentation des centres de santé étaient généralement bas, autour de 0,5 consultation annuelle par enfant de 0-4 ans et de 0,25 consultation annuelle par personne de 5 ans et plus. Il ne s'agit pas de districts de démonstration mais plutôt de districts représentant une large gamme de réalités de la partie sud du Mali.

Les districts présentent les particularités suivantes :

- La commune 1 de Bamako enregistre plusieurs indicateurs au-dessus de la moyenne du pays. Ses indicateurs sont cependant moyens par rapport aux autres communes de la capitale, ou parfois inférieurs.
- Le cercle de Kita comprend la plus grande superficie des districts de la partie sud du pays. La densité de sa population est faible par rapport aux autres districts. Des 45 aires de santé prévues par la carte sanitaire du cercle, seulement 13 avaient un CSCOM fonctionnel avant la période d'observation de la présente étude, soit fin 2002. Huit nouveaux centres ont été ouverts dans la période précédant la gratuité/subvention des CTA et treize depuis sa mise en œuvre. Les indicateurs de santé publique se situaient parmi les plus bas du pays et de la région de Kayes.
- Le cercle de Koulikoro est relativement petit et a vu seulement deux nouvelles ouvertures de CSCOM entre 2003 et 2010. La densité de sa population est également faible. Ses indicateurs se placent dans les moyennes nationales et régionales ou en dessous. Pourtant, ce district excelle par sa couverture en planning familial.
- Le cercle de Sikasso est le plus peuplé des districts du pays, avec une superficie intermédiaire. Sa densité de population est supérieure à celle des autres districts ruraux. Dix nouveaux CSCOM y ont été mis en fonction entre 2003 et juin 2007 et quatre nouveaux CSCOM entre juillet 2007 et fin 2010. Le district présentait des paramètres au-dessus de la moyenne nationale et se positionne ainsi également à l'intérieur de sa région.

Méthode

La stratégie méthodologique de l'étude utilise des séries chronologiques multiples. Pour cela, nous avons obtenu l'information concernant les consultations curatives fournies par

98 des 103 CSCOM (95%) des quatre districts, pour les huit années de l'étude (2003 à 2010), soit 4½ ans *avant* la gratuité/subvention et 3½ ans *après* son introduction. Les nombres trimestriels de nouvelles consultations curatives ont été extraits des rapports trimestriels d'activité (RTA) des CSCOM et saisies sur ordinateur (93% des rapports ont pu être obtenus). Ainsi, 196 séries chronologiques de consultations trimestrielles ont été constituées, deux pour chaque centre de santé (enfants de 0-4 ans et personnes de 5 ans et plus).

Pour obtenir une mesure de la *couverture des populations cibles*, nous avons calculé les taux de fréquentation de chaque centre, soit les nombres de consultations (*par enfant de 0-4 ans et par personne de 5 ans et plus*) par habitant de l'aire de santé de chaque CSCOM. Pour cela, il fallait un dénominateur approprié pour chaque nombre trimestriel contenu dans chacune de ces séries. Ces taux trimestriels ont ensuite été annualisés (voir prochaine section) en les multipliant par quatre.

L'analyse était à la fois visuelle et statistique. *L'analyse visuelle* des courbes observées a orienté la formulation du modèle statistique. Puis, les courbes prédites par le modèle étaient comparées avec celles observées pour juger de l'adéquation du modèle et du besoin de l'améliorer.

L'analyse statistique a utilisé une régression multiniveaux selon une loi binomiale-négative avec fonction de lien logarithmique, inspirée de plusieurs textes méthodologiques (Fitzmaurice & al. 2004 ; Shadish & al. 2002 ; Singer & Willett 2003 ; Snijders & Bosker 1999 ; Verbeke & Molenberghs 2005). Le traitement de données et l'analyse statistique ont utilisé le logiciel SAS 9.3, notamment sa procédure *glimmix*.

L'effet de la gratuité des CTA a été évalué en examinant trois aspects :

- *l'effet immédiat* sur les nombres de consultations trimestrielles ;
- l'effet sur *l'amplitude du pic saisonnier* lors du semestre de juillet à décembre correspondant approximativement à la haute transmission palustre ;
- l'effet sur la *tendance* à plus long terme de la fréquentation.

Pour éliminer dans la mesure possible des sources de biais et mieux isoler les effets nets de la gratuité et de la subvention, le modèle présente des résultats qui tiennent compte des facteurs suivants :

(par des effets fixes)

- la taille des populations cibles ;
- le district ;
- le semestre (janvier–juin *versus* juillet–décembre) ;
- la tendance de la fréquentation des centres *avant* l'intervention ;
- les interactions entre les facteurs précédents ;

(par des effets aléatoires)

- les particularités non-observées *stables* de la fréquentation de chaque centre (interceptes aléatoires) ;
- sa déviation de la moyenne du district vis-à-vis de la *tendance avant* et *après* l'intervention (pentes aléatoires) ;
- sa déviation de la moyenne du district vis-à-vis de l'amplitude de *variation semestrielle avant* et *après* l'intervention (pentes aléatoires) ;
- les corrélations intra-groupe et sérielle entre les mesures répétées des centres ont été modélisées simultanément par ces mêmes interceptes et pentes aléatoires qui ajustent donc les intervalles de confiance pour ces corrélations.

Résultats globaux

La figure 1 montre l'évolution des *taux annualisés*³ de consultations dans un centre moyen. Avant le début de la gratuité/subvention, on constate des pics saisonniers lors des semestres de juillet à décembre, de la haute transmission palustre donc, et à long terme une légère tendance vers la hausse. Dès l'implantation de la gratuité/subvention en juillet 2007, les pics saisonniers augmentent, la tendance vers la hausse devient plus nette et se maintient jusqu'à la fin de la période observée dans cette étude. Même lors des semestres de janvier à juin, soit durant la basse transmission palustre, la fréquentation est légèrement augmentée. Ces constats se font *pour les deux groupes*, les enfants de 0-4 ans, visés par la gratuité, aussi bien que pour les autres utilisateurs qui sont ciblés par la subvention.

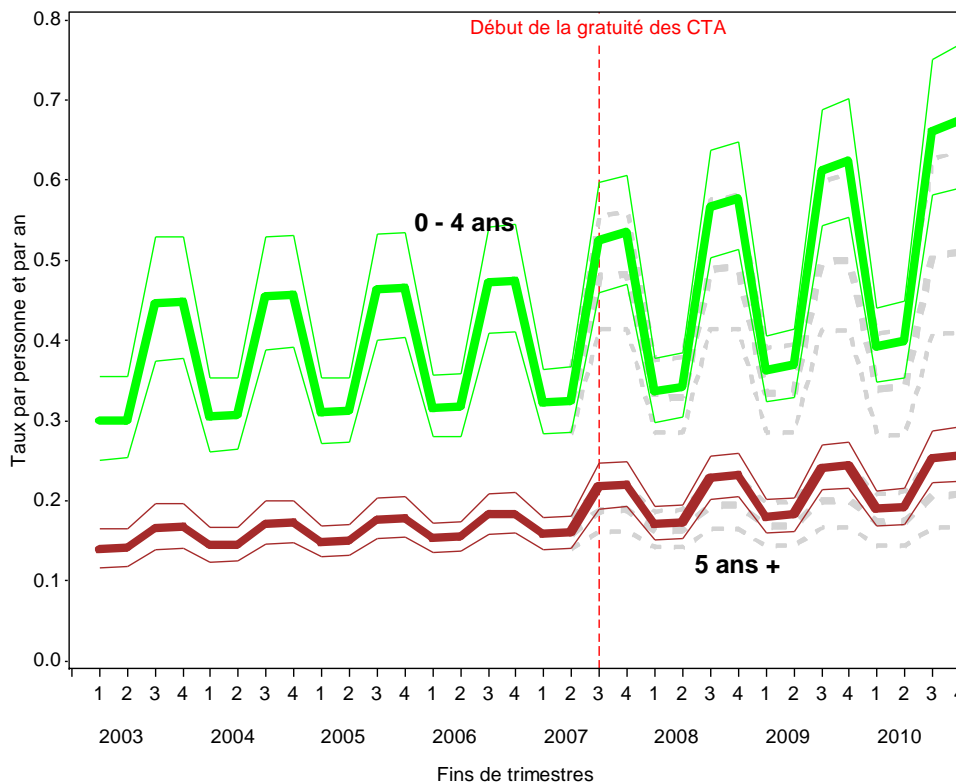


Figure 1 : Effets de la gratuité/subvention sur les taux annualisés de consultation d'un centre moyen des 4 districts. Lignes épaisses colorées : moyennes estimées ; lignes minces : intervalles de confiance à 95% ; lignes grises pointillées : développement attendu selon le modèle SI la gratuité/subvention des CTA n'était PAS survenue, avec intervalles de confiance. Effet : écart entre moyennes colorée et grise. Contrôlés pour niveaux, variation saisonnière et tendance avant gratuité/subvention et particularités non observées des centres.

La figure montre également l'évolution attendue SI la politique n'avait PAS été mise en œuvre, représentée par les courbes pointillées grises. Les courbes verte et rouge des deux tranches d'âges s'en « détachent » vers le haut, à la suite de la politique de gratuité et de subvention des CTA. C'est l'écart entre les courbes colorées et grises qui représente l'effet net de l'intervention. Il est statistiquement significatif lors des semestres de juin à décembre, soit lors de la haute transmission du paludisme au moment où les besoins des enfants sont les plus

³ Un taux *annualisé* est un taux momentané extrapolé sur la durée d'une année. Par exemple, le taux moyen de 0,66 des enfants lors de la haute transmission (voir tableau 1), s'il prévalait un an, ferait consulter chaque enfant en moyenne 0,66 fois durant cette année (ou 66 sur 100 enfants une fois). Par contre, le taux *annuel* de 2010 est aussi influencé par le taux 0,39 durant la basse transmission : il est de $(0,39 + 0,66)/2 = 1,05/2 = 0,53$.

importants. La signification statistique se constate quand la *limite inférieure de confiance* de la courbes prédite (ligne mince verte ou rouge) est supérieure à la *moyenne* contrefactuelle (courbe pointillée grise épaisse).

Le tableau 1 précise en chiffres les résultats estimés pour la fin de la période d'étude. Par exemple pour des enfants de 0-4 ans au 3^e trimestre soit septembre 2010, l'effet multiplicateur de 1,30 correspond au quotient des chiffres avec *versus* sans gratuité/subvention (facteur 1,30 = 443 consultations / 340 consultations = taux 0,660 / taux 0,507). Les effets sont statistiquement significatifs mais sont faibles car les limites de confiance dépassent de peu la valeur correspondant à l'absence d'un effet, soit 1,00. Les effets pour le semestre de basse transmission palustre sont également faibles, mais n'atteignent pas tout à fait le seuil de la signification statistique.

Tableau 1 : Effets après 3 ans pour un centre moyen des quatre districts

Niveaux de fréquentation prédits par le modèle avec gratuité/subvention et supposant leur absence, et effet multiplicateur attribuable à la gratuité/subvention des CTA (entre parenthèses les intervalles de confiance à 95%). Les estimations sont contrôlées pour niveaux, variations saisonnières et tendances avant la gratuité/subvention et pour des particularités non observées des centres, y compris les particularités de leur réaction à l'intervention.

	<i>Nombre trimestriel de consultations</i>	<i>Taux annualisé de consultation par personne</i>	<i>Effet multiplicateur (p<0,05 en gras)</i>
Enfants de 0-4 ans (98 CSCOM)			
<i>Haute transmission palustre (sept. 2010)</i>			
Avec gratuité	443 (389 - 503)	0,66 (0,58 - 0,75)	1,30 (1,07 - 1,59)
Attendu sans gratuité	340 (275 - 421)	0,51 (0,41 - 0,63)	
<i>Basse transmission palustre (mars 2010)</i>			
Avec gratuité	258 (229 - 290)	0,39 (0,35 - 0,44)	1,15 (0,97 - 1,36)
Attendu sans gratuité	224 (187 - 270)	0,34 (0,28 - 0,41)	
Personnes de 5 ans et plus (98 CSCOM)			
<i>Haute transmission palustre (sept. 2010)</i>			
Avec subvention	829 (729 - 943)	0,25 (0,22 - 0,29)	1,23 (1,00 - 1,50)
Attendu sans subvention	677 (547 - 836)	0,21 (0,17 - 0,25)	
<i>Basse transmission palustre (mars 2010)</i>			
Avec subvention	611 (543 - 687)	0,19 (0,17 - 0,21)	1,09 (0,92 - 1,29)
Attendu sans subvention	560 (466 - 673)	0,17 (0,14 - 0,21)	

Résultats par district

Les effets de la gratuité et subvention varient naturellement d'un endroit à l'autre. Mais les districts affichent chacun une « signature » individuelle, une réaction spécifique et particulière à la politique de subvention des CTA que les analyses globales précédentes gomment un peu.

- La commune 1 avait enregistré, avant la politique, une légère tendance à la baisse des consultations pour les deux groupes. Pendant la gratuité/subvention, on constate un *renversement de la tendance* qui est devenue positive, à la hausse, pour les deux groupes.
- Le district de Kita affiche pour les deux groupes une tendance neutre avant l'intervention et une *tendance positive* après, avec une forte augmentation de *l'amplitude* de la variation saisonnière.
- Le district de Koulikoro enregistrerait déjà une tendance vers la hausse avant l'intervention, elle s'est *maintenue* après. Il y a également une *amplification* de la

variation saisonnière : une *baisse en basse saison* pour les jeunes enfants et *une hausse en haute saison* pour les autres.

- Le district de Sikasso affiche des profils assez divergents pour les deux groupes. Le taux des *jeunes enfants* était *le plus haut* des quatre districts durant les années précédant la gratuité et a même adopté une tendance positive et une amplitude saisonnière renforcée par après. Par contre, le taux des *autres utilisateurs* enregistrait une *forte tendance vers la hausse avant* l'intervention. À la suite de la subvention, le niveau atteint s'est à peu près *maintenu à un plateau* ; la fréquentation a légèrement reculé lors de la basse saison.

Résultats par centre de santé

L'analyse des résultats par centre est particulièrement importante dans le cas de la présente étude, parce que les effets moyens par district sont relativement faibles et hétérogènes. Il faut en premier lieu s'assurer que les changements constatés peuvent raisonnablement être attribués à la politique de gratuité/subvention.

Changement en juillet 2007

L'inspection des courbes observées *par centre individuel et de manière longitudinale* (en feuilletant les courbes de l'annexe 5 ou 6 du rapport Heinmüller & al. 2012b) permet de constater visuellement que vers juillet 2007 la plupart des courbes des centres individuels montraient un changement positif ou négatif, de niveau, de tendance *et/ou* d'amplitude de variation saisonnière. C'est le cas dans :

- 8 des 10 CSCOM de la commune 1 pour les *enfants* de 0 à 4 ans, et dans 6 des 10 CSCOM pour les *autres* utilisateurs ;
- 14 des 21 CSCOM de Kita, avec au moins une année d'observation avant gratuité pour les *enfants* de 0 à 4 ans, et dans 17 des mêmes 21 CSCOM pour les *autres* utilisateurs ;
- 8 des 13 CSCOM de Koulikoro pour les *enfants* de 0 à 4 ans, et dans 9 des 13 CSCOM pour les *autres* utilisateurs ;
- 18 des 33 CSCOM de Sikasso avec au moins une année d'observation avant gratuité pour les *enfants* de 0 à 4 ans, et dans 17 des mêmes 33 CSCOM pour les *autres* utilisateurs.

La coïncidence de ces changements de la fréquentation avec le début de la gratuité/subvention corrobore l'interprétation qu'il s'agit d'un effet de cette intervention, soit en majorité positif (tel que visé par l'intervention) soit parfois négatif (non désiré, explicable par exemple par la création d'un déséquilibre des ressources précieuses du système de santé). De plus, plusieurs *autres* CSCOM montrent des changements, pas directement en juillet 2007, mais un ou deux ans *plus tard*. Ces changements pourraient également être reliés à l'intervention. Ils pourraient par exemple s'expliquer par une période de « rodage » nécessaire avant de surmonter les défis logistiques de l'intervention, ou, dans le cas de changements négatifs, par l'épuisement des ressources du système de santé local suite au « stress » imposé par la gratuité/subvention, etc.

Effets après trois ans

Le tableau 2 fournit un sommaire des effets par centre individuel pour la dernière année d'observation, soit 2010. Les effets pour la saison de *haute transmission* palustre sont *majoritairement positifs*, surtout chez les *enfants de 0-4 ans*. Par exemple, 66% des CSCOM ont vu la fréquentation des enfants de moins de cinq ans augmenter après la politique de gratuité lors de la saison de haute transmission palustre, dont 13 sont statistiquement

significatif au seuil de 95%. Naturellement, les intervalles de confiance sont encore plus larges que pour les moyennes par district, une proportion réduite d'effets statistiquement significatifs est donc attendue ; parmi les effets significatifs les effets positifs dominent.

Tableau 2 : Effets par centre de santé après trois ans de gratuité/ subvention

Contrôlés pour les caractéristiques d'avant gratuité.

Groupe d'âge	Fréquentation janvier – juin				Fréquentation juillet - décembre			
	% diminuée*		% augmentée*		% diminuée*		% augmentée*	
	(sig.)	(ns.)	(sig.)	(ns.)	(sig.)	(ns.)	(sig.)	(ns.)
Enfants de 0-4 ans (gratuité)	44 (1)	43 (43)	56 (46)	10 (10)	32 -	33 (33)	66 (54)	13 (13)
Personnes de 5 ans et plus (subvention)	55 (5)	50 (50)	45 (37)	8 (8)	43 (6)	37 (37)	57 (45)	12 (12)

* Ces % égalent pratiquement les nombres absolus, le nombre total de centres étudiés étant de 98 (≈100) ; sig. = statistiquement significatif ; ns. = statistiquement non significatif.

Discussion

Effets significatifs et durables mais relativement faibles et hétérogènes

Dans les quatre districts des quatre régions différentes, la gratuité des soins antipaludiques pour les enfants de 0-4 ans et la subvention pour les autres utilisateurs ont été suivies par des changements majoritairement positifs de la fréquentation. Ces hausses sont plus marquées pendant les semestres de juillet à décembre lors de la haute transmission palustre. Pour ces semestres, et après trois ans de gratuité/subvention, les effets nets sont statistiquement *significatifs* pour un centre moyen des quatre districts : plus 30% de consultations pour les enfants de 0-4 ans et plus 23% pour les autres utilisateurs. Les effets étaient *durables* pendant les trois ans d'observation et leur tendance à long terme semble orientée plutôt vers la hausse. Mais ces effets sont relativement faibles et hétérogènes selon les districts et les centres :

- L'effet de la gratuité pour les enfants de 0-4 ans est *faible* par rapport à l'effet de la *même exemption partielle* trouvé plus au sud des régions de Koulikoro et Sikasso dans deux districts plus petits, donc plus faciles à gérer : plus 53% de fréquentation là où la gratuité des CTA a été implantée par le gouvernement (district de Sélingué) et plus 93% avec l'assistance d'une ONG internationale (district de Kangaba ; Heinmüller & al. 2012a). De toute évidence, l'effet de cette exemption *partielle* paraît également faible en comparaison avec certains résultats trouvés pour l'exemption *totale* dont on parlera plus loin.
- Les effets par district et centre de la gratuité et la subvention étaient *hétérogènes* dans les zones étudiées ici, au point qu'une partie non négligeable des aires de santé n'en ont pas pleinement ou même pas profité. Par contre, les effets par centre étaient *homogènes* vers la hausse, sans exception, dans ces deux districts plus au sud.

Ces effets relativement faibles et hétérogènes doivent être interprétés dans le contexte (a) d'une exemption *partielle* des frais, car la consultation et la prise en charge des pathologies non paludiques restent payantes ; (b) de l'importance fortement *saisonnnière* du paludisme au Mali ; et (c) dans des conditions de *mise en œuvre difficile* d'une politique publique mal préparée (Touré, dans ce livre).

Seule cible d'une pathologie saisonnière

Les utilisateurs potentiels des soins exemptés et subventionnés ne peuvent être sûrs de bénéficier de ces avantages. L'origine palustre d'une fièvre doit d'abord être confirmée et la probabilité d'un paludisme varie selon la saison. D'après des études réalisées au sud de la région de Koulikoro (MSF 2006a ; 2006b), seulement 26% des enfants ont eu un paludisme confirmé durant le premier semestre de la basse transmission palustre, contrairement à 69% lors de la haute transmission. Même lors de la haute transmission palustre, l'incertitude n'est donc pas négligeable. L'attrait de la gratuité/subvention pour les patients doit être encore plus relativisé par le prix des consultations toujours exigé (500-600 francs CFA). Si, malgré l'existence de cette incertitude et des coûts restants à la charge du patient, la gratuité et la subvention ont eu un effet durablement positif sur la fréquentation, cela met en relief combien un allègement *espéré* des coûts par les populations peut encourager l'accès aux soins et combien le traitement par CTA *répond à un besoin perçu*.

Contexte administratif et difficile mise en œuvre

Il semble que les conditions n'étaient pas toujours favorables à une réussite de l'intervention. La préparation et la consultation préalables des divers acteurs à la politique ont manqué, un système de gestion parallèle était imposé pour les produits gratuits. De plus, les variations locales des effets constatés peuvent en partie s'expliquer par le fait que des ressources nécessaires étaient déficientes et irrégulières, des procédures n'ont pas été observées et que certains acteurs, dont les ASACO (comité de gestion) et des personnels de santé exprimaient des réticences à l'égard de cette politique (cf. Touré, supra, chapitre 10 ; Touré & Koné 2011 ; Sanogo 2012). Compte tenu de ces difficultés — en plus de l'incertitude et des coûts restants évoqué ci-dessus — il paraît *plutôt étonnant* qu'on trouve tout de même majoritairement un effet positif de l'intervention, durable et avec tendance plutôt vers la hausse.

À la lumière de ces considérations, la gratuité et la subvention, bien que partielles, semblent avoir *répondu* à des *besoins* importants *non satisfaits* jusque-là, et paraissent aussi *modérément robustes* à des variations locales de contexte, malgré les conditions difficiles de leur mise en œuvre et leur focus sur une seule pathologie.

Effets versus besoins médicaux

Les effets trouvés doivent également être interprétés par rapport aux besoins médicaux. De la prudence s'impose ici, dans deux sens.

Bien que le constat d'une hausse de l'accès aux soins soit encourageant, il faut noter que le taux moyen d'utilisation pour les enfants de 0-4 ans (le groupe le plus menacé du paludisme, en plus des femmes enceintes) n'atteint que 0,7 consultations par individu et par année, taux qui a été jugé *insuffisant*, même pour la seule pathologie du paludisme, compte tenu de sa fréquence et sévérité. Ce taux n'a même pas été dépassé dans l'expérience citée ci-haut, gérée par l'ONG internationale qui elle aussi n'avait supprimé que le paiement du test rapide et du traitement par CTA et pas celui de la consultation ; son effet de plus 93% représente certainement un plafond, soit une limite supérieure pour la gratuité partielle évaluée dans la présente étude. Pour atteindre la majorité des cas de paludisme des enfants de 0-4 ans, la même ONG a élargi l'exemption des frais à la *totalité des soins* curatifs de cette tranche d'âge, y compris les frais de consultation. C'est là seulement qu'un taux de fréquentation important a été atteint, permettant de couvrir le nombre de cas attendus de paludisme (Heinmüller & al. 2012a ; Ponsar & al. 2011). Le taux exceptionnel de 2,26 par an et par enfant a également été enregistré pour Kangaba dans le rapport SLIS 2008 (Ministère

de la Santé, sans date, b). Ce taux ressemble à celui atteint par l'exemption totale appuyée par une autre ONG internationale au Burkina Faso (Ridde & al. 2013), alors que la plupart des expériences nationales restent en deçà (Lagarde & al. 2012 ; Lagarde & Palmer 2011).

Par contre, une exemption totale à l'échelle nationale pose d'énormes défis organisationnels et financiers pour le système de santé public (cf. Diarra & Ousseini, supra, chapitre 8). Ces défis suggèrent de la prudence et peuvent justifier que les systèmes publics s'approchent de l'exemption totale par des exemptions partielles dont le maintien leur paraît faisable à la longue. Car il faut questionner la mesure dans laquelle l'État peut reproduire à l'échelle du pays les deux expériences mentionnées ci-dessus, qui étaient d'envergure locale et bénéficiaient d'un appui décisif par des ONG internationales.

Gratuité versus subvention

L'alternative entre gratuité et subvention partielle est d'un intérêt primordial pour les réformes du système de santé. Nous avons constaté très peu de différence dans cette étude entre la gratuité et la subvention des CTA : les consultations des utilisateurs âgés de *5 ans et plus* seulement subventionnées pour les CTA ont augmenté presque autant que les consultations des *enfants de 0-4 ans* profitant de la gratuité des CTA. Pour les deux groupes, la nouvelle stratégie s'adresse à des besoins jusque-là non satisfaits. Et pour chacun des groupes, la fréquentation a augmenté selon les besoins perçus et contraintes restantes. On peut donc dire que la *gratuité* a suffi pour attirer 30% de plus de consultations d'enfants de 0-4 ans, et que la *subvention* a suffi pour attirer 23% de plus de consultations des autres utilisateurs, avec tous les défauts mentionnés de la mise en œuvre des deux stratégies. Mais les données ne permettent pas d'évaluer la question fort pertinente d'un point de vue coût-avantage, à savoir combien de consultations additionnelles d'enfants de 0-4 ans pourrait attirer une subvention à la place de la gratuité observée pour ce groupe d'âge, car ceci exigerait l'observation de gratuité *et* de subvention à l'intérieur de la même population cible. Le fait que les effets de la gratuité et de la subvention constatée dans la présente étude soient semblables, peut justifier de comparer ces deux modes d'intervention lors d'une expérimentation.

Limites de l'évaluation

L'hétérogénéité des effets entre les CSCOMS dans une même zone reste largement inexpliquée, car nous n'avons pas accès aux informations locales, la collecte des données étant administrativement logée au niveau central et le pays traversait une période mouvementée. Expliquer les différences locales d'effet reste pourtant important pour l'amélioration des interventions, afin que les populations de tous les districts et aires de santé puissent en bénéficier.

L'attribution causale (la gratuité/subvention sur le recours aux soins) devait se faire dans la présente étude *sans* un groupe de comparaison (c.à.d. des localités ou groupes sans gratuité ni subvention). Bien que cela soit souhaitable, une telle comparaison n'a pas été possible car les deux interventions couvrent tous les groupes d'âge et ont été introduites en même temps dans l'ensemble du pays. Les données empiriques de cette étude nous permettent cependant d'avoir confiance dans la relation causale de la gratuité/ subvention sur le recours aux centres de santé, par l'intermédiaire de deux arguments :

- La *simultanéité* des interventions et des changements dans la plupart des centres et des districts. Cet argument est corroboré par une autre étude réalisée au Mali où la même simultanéité a été mise au jour entre la subvention et le recours aux soins (Heinmüller & al., 2012a).

- *L'absence de changements généralisés semblables* au cours des longues périodes d'observation avant et après le début de la gratuité/ subvention.

Il faut terminer en notant que les données disponibles ne permettent pas d'évaluer la distribution des effets, autrement dit, si notamment les ménages pauvres ou ceux résidant dans les villages éloignés en ont profité aussi, comme cela a pu être favorablement observé au Burkina Faso (Ridde & al., 2013).

Conclusion

Nous pouvons retenir que la gratuité et la subvention des CTA ont *en général* été associées à un renforcement de la fréquentation des services de santé, *malgré* leur nature partielle et des conditions difficiles de mise en œuvre. Il est crucial de retenir que cette intervention gérée par le système public était viable et enregistre une tendance orientée plutôt vers la hausse – malgré ces contraintes. Ce sont les *difficultés de mise en œuvre* qui méritent d'être examinées en priorité, en collaboration notamment entre les équipes *locales* et centrales, à la lumière des résultats de la présente étude et des études par exemple de Sanogo (2012), Touré (dans ce livre) et Touré et Koné (2011). La comparaison de ces investigations supplémentaires entre quelques districts ou régions aidera à comprendre les causes des *variations locales* des effets de la gratuité et de la subvention. Ceci facilitera à rendre l'intervention plus robuste ; à éliminer d'éventuels antagonismes dans le système ; à maximiser le bénéfice également pour les populations des aires qui n'ont pas encore pleinement profité jusqu'ici ; et à mieux concevoir des interventions semblables au Mali et ailleurs.

À plus long terme, il faut rester conscient que l'ampleur des effets observés demeure réduite par rapport aux *besoins médicaux de la population*, et qu'une exemption ou subvention dépassant le paludisme et couvrant la majorité des frais au point de service de santé — au moins pour les jeunes enfants — pourrait s'avérer nécessaire pour couvrir les besoins prioritaires, dans la mesure où l'État se donnera les moyens de ses ambitions en allouant les ressources nécessaires.

Quant à l'alternative gratuité *versus* subvention, leurs résultats similaires dans la présente étude pourraient justifier de mettre parallèlement en œuvre, dans un autre pays, ces deux modes d'intervention pour la même tranche d'âge et dans des contextes semblables, afin d'en comparer les effets.