

# GRATUITE DE SOINS MERES-ENFANTS AU BURKINA FASO : L'INJONCTION CONTRADICTOIRE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DANS L'ACCES AUX SOINS A KOUDOUGOU

**Taladi Narcisse YONLI**

*Maître-Assistant en sociologie, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)*

**Pinguedwindé David OUEDRAOGO**

*Educateur social à Koudougou*

**Seydou TINGARA**

*Mastérant à l'université Joseph KI-ZERBO*

*Mail auteur correspondant : Mail : narcisseyonli@gmail.com*

## Résumé

*La politique de gratuité des soins mères-enfants mise en œuvre au Burkina Faso vise à réduire les barrières financières qui limitent le recours aux services de santé. Toutefois, l'effectivité d'une telle mesure dépend des conditions concrètes de sa mise en œuvre dans les formations sanitaires et des expériences qu'en font les bénéficiaires. Cet article analyse les effets de la gratuité sur les conditions d'accès aux soins mères-enfants dans la commune de Koudougou. L'étude s'appuie sur une approche qualitative fondée sur des entretiens auprès des bénéficiaires, des agents de santé et des responsables des structures sanitaires, complétée par l'observation des pratiques de prise en charge. Les résultats montrent que la politique de la gratuité des soins a favorisé une augmentation de la fréquentation des services publics, mais que cette évaluation s'accompagne d'une saturation de certaines structures, d'un allongement des délais d'attente et d'une surcharge du personnel. Ces contraintes affectent également les relations entre soignants et bénéficiaires, notamment les conditions d'accueil. Par ailleurs, les structures de médicaments essentiels et génériques conduisent certains patients à supporter les dépenses supplémentaires ou à recourir à des alternatives thérapeutiques. Le recours aux structures privées, aux pharmacies informelles, à l'automédication ou aux tradipraticiens apparaît ainsi comme une stratégie d'adaptation aux limites rencontrées dans le système public. L'étude montre dès lors que la suppression du paiement direct, bien qu'elle constitue une avancée dans la réduction des inégalités financières, ne garantit pas à elle seule l'accès effectif aux soins. La gratuité apparaît ainsi comme une politique aux effets ambivalents, susceptible de déplacer certaines barrières plutôt que de les supprimer entièrement.*

**Mots-clés :** *gratuité des soins, accès au soins, politique publique, relations soignants-soignés, Koudougou.*

## Abstract

*The policy of free maternal and child healthcare implemented in Burkina Faso aims to reduce the financial barriers that limit access to health services. However, the effectiveness of such a measure depends on the practical conditions of its implementation in health facilities and on the experiences of those who benefit from it. This article analyses the effects of free healthcare on access to maternal and child healthcare in the municipality of Koudougou. The study employs a qualitative approach based on interviews with beneficiaries, health workers and managers of health facilities, supplemented by observation of care practices. The results show that the policy of free healthcare has led to an increase in the use of public services, but this has been accompanied by the saturation of certain facilities, longer waiting times and staff overload. These constraints also affect relations between healthcare providers and beneficiaries, particularly the conditions of care. Furthermore, the structures of essential and generic medicines lead some patients to bear additional costs or resort to alternative treatments. The use of private facilities, informal pharmacies, self-medication or traditional healers thus appears to be a strategy for coping with the limitations encountered within the public system. The study therefore shows that the elimination of direct payments, whilst representing a step forward in reducing financial inequalities, does not in itself guarantee effective access to healthcare. Free healthcare thus appears to be a policy with mixed effects, likely to shift certain barriers rather than remove them entirely.*

**Keywords:** free healthcare, access to healthcare, public policy, healthcare provider–patient relationships, Koudougou.

## Introduction

La santé constitue une composante essentielle de la vie humaine et du fonctionnement des sociétés. Elle représente un maillon fondamental dont la fragilisation peut entraîner des dysfonctionnements affectant à la fois les individus et la collectivité. Consciente de l'importance de cet enjeu, l'organisation mondiale de la santé (OMS) œuvre, à l'échelle internationale, à la promotion de la santé et à l'amélioration du bien-être sanitaire des populations. Nonobstant les efforts consentis au quotidien, la santé des populations demeure toujours un défi mondial. En effet, bien que le droit soit reconnu comme un droit général et universel, son effectivité demeure limitée pour les populations en situation de pauvreté qui connaissent des difficultés financières pour accéder aux soins, mêmes les plus primaires. Ainsi, des millions de personnes, à travers le monde, ne peuvent pas accéder aux services

de santé compte tenu du coût des soins trop élevé par rapport à la capacité de leur bourse.

L'OMS estime que chaque année, 150 millions de personnes se retrouvent dans une situation « financière catastrophique » liée aux dépenses de soins qu'elles doivent financer elles-mêmes. C'est ainsi que, selon l'OMS, 100 millions de personnes passent sous le seuil de pauvreté suite à des dépenses de santé. En fait, de profondes inégalités dans l'accès aux soins de santé existent dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le risque pour un enfant de décéder avant son cinquième anniversaire est 8 fois plus élevé en Afrique qu'en Europe.

Par ailleurs, il est admis que les problèmes de santé concernent toutes les catégories sociales de la population. Mais, il convient de noter que les femmes enceintes et les enfants de bas âge sont plus vulnérables. C'est pourquoi, il s'avère nécessaire de prendre des mesures particulières pour cette catégorie de personnes, en l'occurrence, les femmes enceintes et les enfants. Du reste, (James, Morris et al., 2005) relèvent que l'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans 20 pays d'Afrique subsaharienne pourrait sauver de 150 000 à 300 000 vies.

Partant de là, plusieurs pays ont, dès les années 1990, commencé à subventionner ou à supprimer le paiement direct pour certains groupes populationnels ou pour le traitement de certaines pathologies (Gilson & McIntyre, 2005). En 2010, l'Union Africaine a réclamé la suppression totale du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. L'Afrique du Sud postapartheid a été le précurseur de cette suppression en 1994. Depuis le début des années 2000, de très nombreux pays africains lui ont emboîté le pas en organisant des politiques d'exemption du paiement, dites de « gratuité » des soins, pour certaines catégories de patients.

Au Burkina Faso, on note une faible fréquentation des services de santé : 54,7 % des personnes appartenant au premier quintile de niveau de vie ne consultent ni un service de santé ni un personnel de santé en cas de problème de santé (INSD, 2015). : (Parmi les

causes de cette faible fréquentation, la barrière financière demeure une des plus importantes. En effet, 71,7 % des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent rencontrer des difficultés financières pour accéder aux soins de santé (INSD & ICF International, 2012)). Au regard de ce contexte, le gouvernement a adopté le 2 mars 2016 en conseil des ministres des mesures de gratuité de soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Cette politique de gratuité des soins mise en œuvre à l'échelle nationale à partir de 2016, repose sur les principes d'une prise en charge publique d'un ensemble de prestations afin de limiter les dépenses directement supportées par les bénéficiaires. Les prestations couvertes doivent être fournies sans paiement direct dans les conditions prévues par la politique. De ce fait, cette orientation traduit un changement important dans la conception de l'accès aux soins, car l'Etat ne rend pas seulement les services disponibles, il cherche à satisfaire également la capacité économique des populations à les utiliser (Décret portant gratuité des soins 2016). Ainsi, les travaux de Yougbaré (2021) montrent que la mise en œuvre de la politique de gratuité de soins des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans est un ouf de soulagement pour les bénéficiaires à travers la levée des barrières financières qui gangrenaient les usagers dans l'accès aux soins de santé.

Ces mesures ont pris effet à partir du 2 avril 2016 dans 3 régions (Centre, Hauts Bassins, Sahel) et se sont étendues à tout le pays à partir du 1er juin 2016 (Décret portant gratuité des soins 2016).

L'objectif visé par ces mesures est d'accélérer la réduction des taux de mortalités maternelle et infantile. Cette mesure devrait permettre de réduire la participation aux coûts et frais, d'étendre l'offre de soins et d'élargir la gamme de services à offrir. Dans ce sens, Ridde et Yaméogo (2018) soulignent que la décision du gouvernement burkinabè d'instaurer une politique de gratuité des soins, en 2016, dénote d'une volonté politique de lever les barrières dans le financement et l'accès aux soins.

Toutefois, la mise en œuvre des politiques de gratuité intervient dans un habitus de recours au paiement direct des soins par les

populations. Ce qui en complexifie l'introduction et la généralisation. Du reste, les politiques de gratuité font régulièrement objet des réactions et des contestations, liées notamment aux modalités de leur conception, de leur financement et de leur mise en œuvre. Les appréciations relatives à leurs performances et à leurs effets demeurent, de ce fait, contrastées. Ainsi, il existe dans la littérature des travaux qui louent le mérite des politiques de gratuité de soins. A cet effet, les travaux de (El Khoury et al., 2011 ; El Khoury et al., 2012 ; Witter et al., 2010) portant sur les politiques de gratuité, font état de la satisfaction des usagers vis-à-vis de ces politiques. En effet, loin d'être la panacée, la gratuité des soins contribue à rendre le droit à l'accès aux soins opérationnel et permet de sauver des vies. Justement au Niger, Amouzou et al. (2012) soulignent que la baisse de la mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1998 et 2009 a été associée à l'extension de plusieurs interventions de santé et de nutrition notamment la gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes, la distribution de moustiquaires imprégnées, les interventions nutritionnelles et la vaccination. À l'ère du modèle LiST (Lives Saved Tool), ces auteurs estiment qu'environ 59000 vies d'enfants de moins de 5 ans auraient été sauvées en 2009. Des résultats similaires sont observés au Burkina Faso. En effet, une étude d'impact menée dans deux districts de la région du Sahel et complétée par une modélisation a estimé que la généralisation à l'échelle nationale de l'exemption du paiement des soins avec des effets comparables à ceux observés dans les districts expérimentateurs, aurait pu permettre de sauver entre 14000 et 19000 vies d'enfants de moins de 5 ans par an (Johri et al., 2014). Cette lecture thuriféraire de la politique de gratuité des soins ne fait pas l'unanimité de la communauté scientifique. Dans cette optique, Mulinganya et al. (2018) notent que les lourdeurs administratives qui se traduisent par les retards du personnel soignant conjugués avec la forte fréquentation des services de santé par les usagers créent des tensions entre les bénéficiaires et les agents de santé. Dans la même logique, les travaux de Sarigda et Bacyé et al. (2023)

sur les relations entre soignants-soignés de la politique de gratuité des soins montrent que l'augmentation de la fréquentation des services de santé consécutive à la gratuité soulève parallèlement des questions relatives à la qualité des relations entre professionnels et usagers. Leur analyse met en exergue une tension entre l'augmentation de la demande de soins et les exigences relationnelles.

Du reste, dans certains pays, les mesures de réduction ou d'exemption des frais de soins peuvent également s'accompagner du maintien de pratiques informelles de paiement (Chuma et al., 2009). Par exemple, au Niger, certains agents de santé n'ont pas hésité pour se faire des revenus supplémentaires à revendre des médicaments ou faire payer aux patients certains actes pourtant gratuits (Ridde & Diarra, 2009). Au Burkina Faso, Iboulido et Siri (2023) notent que la politique de gratuité des soins a permis une augmentation des consultations des enfants et des accouchements mais elle n'a pas pu de même supprimer totalement les coûts liés aux soins. La suppression du paiement direct constitue une avancée considérable, mais elle ne signifie pas que l'ensemble des obstacles à l'accès aux soins de santé disparaissent. L'étude de Traoré et al. (2023) met en exergue le paiement additionnel malgré la politique de la gratuité des soins au Burkina Faso. Elles montrent que les dépenses continuent d'être supportées par certains bénéficiaires malgré le principe de gratuité des soins. Les auteurs montrent que les paiements additionnels peuvent compromettre l'accès aux services des populations les plus vulnérables. Cela traduit que la gratuité ne doit pas être appréhendée uniquement comme l'absence de paiement officiel, mais comme une expérience sociale dont les conditions doivent être examinées. Les travaux d'Ayé et al (2024) aboutissent également à des résultats nuancés : la gratuité a entraîné une augmentation immédiate de l'utilisation des services curatifs chez les enfants de moins de cinq ans, mais cet effet a diminué avec le temps et aucun effet significatif n'a été observé avec l'utilisation des services maternels étudiés. Ces résultats conduisent les auteurs

à souligner que la gratuité à elle seule ne suffit pas à maintenir durablement l'utilisation des services de santé.

La politique de gratuité des soins suscite des appréciations contrastées quant à sa pertinence et à ses effets. Cette diversité de points de vue a progressivement alimenté les travaux de recherche qui restent partagés sur la portée sociale de cette politique. Dans cette perspective, la présente recherche se donne pour ambition de questionner la pertinence sociale de la politique de gratuité des soins mères-enfants dans la commune de Koudougou. Il s'agit notamment d'examiner comment la politique de gratuité des soins est vécue, perçue et appréciée par les populations concernées. Pour cela, nous allons nous baser sur les propositions théoriques d'Amartya Sen (2000) qui stipulent que l'efficacité des politiques publiques ne tient pas à leur seule rationalité interne, mais au sens qui leur est donné par les populations. Sen postule une adéquation de la politique avec les valeurs, mais aussi qu'elle soit appropriée au milieu culturel où elle s'inscrit. Le degré de cohérence qui en résulte détermine largement sa pertinence sociale et son appropriation par les populations.

Dans le cadre de la politique de gratuité des soins ; l'injonction contradictoire peut être comprise comme une situation dans laquelle les mesures destinées à améliorer l'accès des populations aux soins produisent, dans leur mise en œuvre, des effets qui vont partiellement à l'encontre de cet objectif. En supprimant ou en réduisant les paiements directs, la politique entend alléger la charge financière des ménages et faciliter les ressources au service de santé. Toutefois, lorsque les ressources nécessaires à sa mise en œuvre ne suivent pas, la gratuité peut générer de nouvelles contraintes pour les usagers : rupture de médicaments, indisponibilité de certains services, file d'attente plus longue, orientation vers d'autres structures ou encore apparition de paiement informel. L'injonction est donc contradictoire dans la mesure où une politique conçue pour lever les barrières d'accès peut, en certaines conditions de mise en œuvre créer de nouvelles barrières. Elle permet ainsi de mettre en évidence le paradoxe d'une

gratuité qui, loin de résoudre tous les problèmes d'accès aux soins, peut en déplacer ou en produire de nouveaux.

## **1.Méthodologie**

La démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette étude est la méthode qualitative. Elle consiste à saisir et appréhender le sens que les usagers des services de soins de santé, notamment les femmes ayant des enfants de moins de cinq, le discours caché derrière cette politique de gratuité des soins dans la commune de Koudougou. En s'inscrivant dans cette perspective compréhensive, nous cherchons à analyser les logiques sociales, les perceptions sociales, les comportements et les pratiques sociales des usagers de ces services. En effet, cette démarche permet de comprendre les logiques d'adhésion ou de rejet de cette politique de la part des femmes enceintes et celles ayant des enfants de moins de cinq ans. Elle permet également de mettre en exergue les injonctions contradictoires ou le paradoxe de la gratuité des soins dans la commune de Koudougou.

La méthodologie de recherche a suivi les étapes de la construction de l'échantillon, la collecte, le traitement et l'analyse des données.

La technique d'échantillonnage mobilisée dans cette étude est le choix raisonné. Elle nous a permis de choisir les usagers des services de santé en tenant compte des critères d'inclusions (les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans bénéficiaires de la politique de gratuité des soins et les personnels soignants). Cette technique a permis de déterminer la taille de notre échantillon composé de population cible et des personnes ressources à enquêter. La taille de l'échantillon est de 48 enquêtés répartis comme suite, 15 femmes enceintes, 13 accompagnants des enfants de moins de cinq ans, 08 ménages, 07 agents de santé et 05 travailleurs sociaux.

La collecte des données s'est déroulée du 02 juin 2021 au 06Août 2021 dans la commune de Koudougou dans la province du Boulkiemdé. La technique de collecte de données mobilisée est

l'entretien semi-directif. L'outil de collecte de données est le guide d'entretien semi-directif ; le téléphone Android a été utilisé pour l'enregistrements des données. Les données ont été transcrites avant de passer à l'analyse de contenu.

La synthèse et l'analyse des données ont été faites à deux niveaux : le premier niveau a permis de faire l'état de la connaissance sur la gratuité des soins à Koudougou en lien avec les fondements de la politique et les problèmes de dysfonctionnement. Le deuxième niveau est consacré à l'expérience vécue de la gratuité des soins chez les usagers et les agents de santé.

## **2. Résultats et discussion**

### ***2.1. Présentation de la zone de l'étude***

La commune de Koudougou, située dans la province du Boulkiemdé, dans la région administrative du centre-ouest, constitue notre zone d'investigation. Elle s'étend sur une superficie de 4138km<sup>2</sup>, soit 1,5% de la superficie du Burkina Faso. La province du Boulkiemdé est délimitée par les provinces du Kadiogo et du Bazèga à l'Est, la province du Sanguié à l'Ouest, les provinces du Passoré et du Kourwéogo au Nord et les provinces de la Sissili, du Sanguié et du Ziro au Sud. La province du Boulkiemdé compte quinze (15) communes dont quatorze (14) communes rurales et une commune urbaine qu'est Koudougou. La province de Boulkiemdé compte environ quatre-cent quatre-vingt-dix-huit mille huit (498008) habitants selon le Recensement Général de la Population et d'Habitat (RGPH, 2006). Soit un taux d'accroissement de 1,09% par an. Cette population se caractérise par une domination légère des femmes sur les hommes ; soit 51,73% de femmes.

Le secteur de la santé dans le Boulkiemdé est satisfaisant. La province dispose en effet d'un Centre Hospitalier Régional (CHR) dans le chef-lieu. Nous avons aussi cinq (05) Centres Médicaux (CM), rencontrés à Koudougou, Poa, Kindi, Sabou et Kokologho. On dénombre trois (03) districts sanitaires avec plus de cinquante-

quatre (54) Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) dans la province du Boulkiemdé. Seule la commune de Nanoro dispose d'un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA). Au nombre de sept (07), il existe également des Cabinets de soins médicaux dans la province. Selon les responsables provinciaux de la santé, la couverture sanitaire n'est plus loin de la normale qui est d'un rayon de 5km entre deux (02) CSPS.

Cependant, on note une faible fréquentation des services de santé dans les zones rurales. Les principales causes des consultations sont le paludisme dont le taux de mortalité reste le plus élevé, les maladies diarrhéiques (le plus souvent chez les enfants), les parasitoses intestinales, la rougeole, la méningite, les malnutritions.

## ***2.2. La gratuité des soins mères-enfants : une politique publique conçue pour réduire les barrières d'accès***

### ***2.2.1. Fondements et objectifs de la politique de gratuité***

Le contexte économique difficile des années 1980 a pesé dans la dégradation des structures sanitaires de la plupart des pays africains. La majorité d'entre eux ont été obligés de mettre en place le paiement direct qui imposait aux patients de payer lorsqu'ils utilisaient les services de santé. Toutefois, l'expérience a montré que la participation financière imposée aux patients a bloqué l'accès aux soins des populations vulnérables comme les femmes (Nanda, 2002) ou les indigents Stérile, (Kaddar et al., 1999). De ce fait, ces derniers sont exclus des services de santé. C'est à partir des années 2000 que bon nombre de pays ont décidé de mettre en place des politiques d'exemption de paiement en ciblant les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables. Au Burkina Faso, la politique s'est généralisée par un décret en 2016 pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans sur toute l'étendue du territoire.

L'objectif de cette politique de gratuité des soins du point de vue de Sawadogo (2015 :29) est « la réduction des barrières financières dans l'accessibilité aux soins (surtout dans un contexte de pauvreté), la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile, la réduction de la vulnérabilité de la cible. De plus, cette

politique ambitionnait améliorer l'accès aux soins en réduisant les effets pervers du paiement direct, de protéger financièrement les ménages qui sont déjà vulnérables pour éviter que ces derniers s'endettent pour se faire soigner. Dans cette perspective, Gilson (1997) souligne que la politique de gratuité de soins résulte du choix délibéré des Etats comme stratégie de réduction de la pauvreté face à la barrière financière que constituait le paiement direct généralisé après l'initiative de Bamako à partir des années 1990. Par ailleurs, la politique de gratuité des soins au Burkina ne ciblait pas toute la population burkinabè. Le ciblage se faisait sur la base des individus ou des ménages basés sur l'appréciation des revenus, le niveau de vie essentiel et le ciblage démographique concernait les groupes de population considérés comme vulnérables. Les catégories de personnes concernées par ces politiques sont les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans et les personnes indigentes.

Cette politique n'avait pas pour but de soigner toutes les maladies des usagers, les prestations concernées par la politique étaient les soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans en passant par les consultations, les hospitalisations, les médicaments et les examens de laboratoire. En outre, la politique dans sa mission ciblait un ensemble de pathologies comme les soins obstétricaux et néonataux, les accouchements « normal », compliqué, les césariennes. Le principe de prise en charge est le remboursement des frais de formations sanitaires par l'Etat et de garantir une autonomie de gestion des centres de santé et un contrôle de suivi mensuel de la tenue des outils de gestion et des ordonnances.

### ***2.2.2. Dysfonctionnement des services de santé publique : entre contraintes institutionnelles et organisationnelles de mise en œuvre***

La pertinence d'une politique est d'abord fondée sur l'efficacité du processus ayant abouti à son opérationnalisation. Alors, quelles

sont les réalités procédurales de la politique de gratuité de soins au Burkina ?

❖ Les contraintes institutionnelles

Une des contraintes structurelles de la politique de gratuité des soins est la rupture des stocks de médicaments dans les centres de santé. En réalité, les contraintes structurelles se traduisent par le retard du transfert des ressources financières vers les services de santé ; de ce fait ces structures font face aux irrégularités de disponibilités des stocks de médicaments. Cela relève d'un problème d'ordre organisationnel pour le bon fonctionnement des services. A cet effet, le Médecin chef de District (MCD) s'indigne « Il y a au moins deux formations sanitaires (FS) qui épuisaient leurs ressources et fonctionnaient sur fonds propre ou à crédit pour l'achat des médicaments essentiels génériques (MEG) avant de nouveaux virements ». Un infirmier chef de poste confirme cela en montrant que « Il y a au moins deux FS qui épuisaient leurs ressources et fonctionnaient sur fonds propre ou à crédit pour l'achat des MEG avant de nouveaux virements ». Cette situation s'explique par le fait que c'est plutôt un système de remboursement du fait de l'arrivée tardive des ressources financières et ces remboursements ne sont pas à la hauteur des prestations réalisées. « Il y a une FS qui a reçu un seul chèque jusqu'à présent (après 5 mois de mise en œuvre) ; avant elle pouvait faire des commandes d'un million maintenant elle ne peut plus faire une commande de 200 000 F CFA » (O M, chef de service à la DRS). Cette situation dépeint les réalités de la ville de Koudougou dans la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

Par ailleurs, une des contraintes qui gangrènent la mise en œuvre de cette politique est la charge de travail du personnel. En effet, certains auteurs ont trouvé au Burkina Faso qu'il y a, certes une augmentation de la charge de travail, mais que le personnel soignant est suffisant pour y faire face (Ly, Ridde, Kouanda, & Queuille, 2013). En revanche, dans la ville de Koudougou,

L'utilisation massive des formations sanitaires occasionnée par la gratuité de soins a entraîné du même coup la hausse des tâches à exécuter. Cela dénote, au sens des prestataires un manque de réajustement entre le nombre des prestataires disponibles et la recrudescence fulgurante des usagers à l'hôpital. Ce faisant, O U, un infirmier chef de poste, en service avant la mise en œuvre de la gratuité a avancé ces propos : « les normes minimales en personnel ne sont pas respectées, donc si un est absent l'autre ne dort pas ». Ces verbatim montrent que la surcharge du travail des personnels est une réalité dans la ville de Koudougou.

Du point de vue des patientes, ces dernières sont contraintes de continuer à payer des frais censés être couverts par la gratuité, mais elles font face à l'irrespect, l'absentéisme et à l'indisponibilité chroniques des agents de santé et à leur autoritarisme quotidien. « On ne saura qualifier les inconduites des soignants à notre égard. Quand j'étais enceinte de mon premier fils, je suis allée au CSPS puisque j'étais souffrante. Il m'a fallu faire le pied de grue pendant des heures, comme quoi l'infirmier n'est pas encore arrivé. Lorsqu'il arriva, il ne nous a même pas calculés. Il a commencé à nous consulter sans s'excuser du retard accusé, j'étais déjà remontée. Je suis allée payer les médicaments après la consultation et j'ai décidé d'aller voir un médecin que je connais. C'est à ma grande surprise qu'il me signifia que les produits que je me suis procurée sont de la gratuité et par conséquent, de repartir demander à ce que la somme payée me soit rétrocédée. Quand je suis repartie, on me dit que c'est vrai mais je ne peux plus avoir l'argent car la facture a déjà été signée et l'argent a été reversé à la caisse. » témoignage (O Z, mère d'un enfant de 1an). Cela traduit que les usagers continuent de payer les frais de médicaments qui sont censés être couverts par la politique de gratuité mais aussi ils subissent aussi les retards chroniques des agents de santé. Cette analyse est confirmée par Mulinganya et al. (2018) les lourdeurs administratives qui se traduisent par les retards du personnel soignant conjugués avec la forte fréquentation des services de santé

par les usagers créent des tensions entre les bénéficiaires et les agents de santé.

#### ❖ Les contraintes communicationnelles

La communication constitue un des éléments importants dans la mise en place de la politique de gratuité. Au Burkina Faso, certains enquêtés trouvent que cette étape a été omise par le gouvernement. A cet effet, Z I assistante sociale s'indigne : « Vraiment, le gouvernement a mis les charrues avant les bœufs, avant la mise en œuvre d'une telle politique, il devait s'atteler à sensibiliser convenablement la population tout en déclinant clairement les principes et l'enjeu de la politique. Mais étant donné que cela n'a pas été fait, Madame et Monsieur s'accusent à tort et à raison dans les ménages due à l'ignorance sur les contours de la politique ». En revanche, pour paraphraser Amartya Sen (2000), nous avançons que la réussite d'une politique publique est largement tributaire de la prise en compte holistique des acteurs surtout ceux qui sont au plus bas de l'échelle, notamment la population bénéficiaire ainsi que les prestataires en tenant compte de leur avis. Cependant, avec cette politique l'intégration des populations est quasiment nulle. Elles ne sont ni impliquées dans le processus de décision ni consultées. A ce sujet, les mots de K L sont stupéfiants : « moi-même, je suis un conseiller municipal mais tenez-vous bien ! C'est dans les médias que j'ai pris connaissance de cette affaire-là ! Je n'ai pas été consulté pour quoi que ce soit encore moins la population. »

#### ❖ Contraintes économiques révélatrices de dysfonctionnements des services

L'exemption des paiements en général comme le rapportent Ridde, Robert & Meessen en 2010 a eu un impact généralement positif sur les dépenses de santé des ménages. Les études ont également montré que le coût lié aux soins peut amener les ménages pauvres à s'appauvrir davantage (Borghi et al. 2006). Malgré la politique de gratuité des soins dans les structures

publiques mise en place à Koudougou, les dépenses catastrophiques liées à un recours aux services de santé n'ont pas diminué pour les catégories de populations vulnérables. Dans certains cas, l'augmentation de la demande n'est pas correctement anticipée et assurée par un approvisionnement accru en matériels médicaux et en médicaments, au point que les patients sont forcés de payer ces derniers de manière informelle ou de les obtenir auprès du secteur privé. « Avec mon état, je comptais sur la gratuité, mais quand je suis arrivée, on m'a dit que y a rupture et que je dois par conséquent me rendre en pharmacie privée pour acheter les comprimés. Or, je ne m'étais pas préparée à payer et je n'ai pas d'argent, mon mari aussi. Donc, j'ai dû emprunter pour pouvoir me soigner. » (Femme enceinte de 29 ans). Cette situation désagréable occasionne des dépenses improvisées et par conséquent vulnérabilise les ménages. Les patients et leurs familles sont contraints de s'endetter ou de vendre leurs biens de manière à couvrir leurs soins de santé, cela les rend incapables de payer tout traitement ultérieur.

### ***2.2.3. De la gratuité prescrite***

Selon plusieurs médias de la place, le gouvernement du Burkina Faso, sous l'autorité du Président, a décidé en Conseil des Ministres de la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, à compter du 2 avril 2016. Selon le décret du 29 avril 2016, en son article 1 : est instituée une gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq (5) ans sur toute l'étendue du territoire national ; pour l'article 3 : la gratuité est mise en œuvre dans toutes les formations sanitaires publiques et conventionnées du Burkina Faso. » (Décret 2016-31). Dans la même perspective, le rapport de l'organe HELP publié le 22 décembre 2021, révèle : « la gratuité est devenue une réalité bien que sa mise en œuvre se heurte à de nombreuses difficultés ». En rappel, Help est l'une des organisations ayant une mission de contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins visant l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé. Cette organisation a

su dépendre d'une manière aboutie le tableau que la supposée effectivité de la gratuité de soins présente. Du reste, Ridde et Yaméogo (2018) soulignent que la décision du gouvernement burkinabè d'instaurer une politique de gratuité des soins, en 2016, dénote d'une volonté politique de lever les barrières dans le financement et l'accès aux soins.

### **2.3. De la gratuité vécue : l'expérience des bénéficiaires et des soignants**

Avec la suppression des barrières financières dans les services de santé, les usagers et le personnel soignant n'ont pas vécu les mêmes expériences de la politique de gratuité des soins

#### ***2.3.1. La gratuité vécue comme une surcharge pour les soignants***

Lors de nos enquêtes de terrain dans la commune de Koudougou, il ressort que la suppression des barrières financières a entraîné une augmentation du nombre de fréquentation des services de santé. Par conséquent, cette affluence de nombre de personnes n'est pas proportionnelle avec le nombre de personnel soignant. De ce fait, la question de la surcharge de travail des agents de santé apparaît de façon ostentatoire. La surcharge de travail chez le personnel soignant a eu un effet indésirable sur la qualité de la prestation avec l'introduction de cette politique de financement de santé. Elle a entraîné une augmentation de la charge de travail clinique. Alors, la célérité n'est plus la bonne volonté de bien faire mais de tout faire pour absorber le maximum de patients. « En tout cas, la pression fait que souvent on est obligé de faire sape-sape pour pouvoir prendre tout le monde. C'est vrai que le traitement peut biaiser en agissant de la sorte parce qu'on ne prend pas le temps nécessaire indiqué pour une consultation normale mais on n'a pas le choix. » s'indignant (O A, infirmier au CM). La surcharge de travail tant décriée par le personnel de soins est donc le justificatif par excellence du travail escamoté. Les travaux de Sarigda et Bacyé et al (2023) montrent qu'il y a une difficulté de concilier

l'augmentation du nombre de fréquentation liée à la gratuité des soins avec la qualité de la relation soignant-soigné. Lors de notre terrain, les discours des enquêtés relatent la question de la surcharge du travail des soignants et des conséquences sur l'accueil des patients. Dans la même logique, Iboulido et Siri (2023) notent que la politique de gratuité des soins a permis une augmentation des consultations des enfants et des accouchements.

### ***2.3.2. Quand la politique de gratuité dégrade les relations soignants-soignés***

La qualité de la relation entre les patients et les professionnels se dégrade probablement du fait d'une surcharge de travail. En effet, la qualité de l'accueil des usagers est révélatrice de relations entre les soignants-soignés dans la fréquentation des services de santé. L'accueil bien fait aboutit à l'adhésion et permet la continuité des soins. A cet effet, O I, père d'un enfant de 3 ans dans sa définition de l'accueil illustre ses propos par une de ses expériences : « un bon accueil est celui qui se fait dans la considération, c'est-à-dire, qui émane d'un soignant qui ne hausse pas le ton et qui ne te regarde pas négligemment comme si tu étais venu pour mendier. Quand je suis arrivé avec mon enfant à l'hôpital, j'ai oublié de taper à la porte avant de rentrer. Au lieu de m'interpeller calmement, l'infirmier se permet de tempêter sur moi en ces termes : Eh ! toi la ! ici ce n'est pas un marché deh ! » ; cela est suivi d'un geste de la main me signifiant de ressortir. » Une telle animosité entache la qualité et discrédite les soignants aux yeux de l'utilisateur.

Ainsi, la gratuité a des effets sur la relation soignant-soigné. De ce fait, les ruptures intempestives de stock créent un manque de confiance entre les soignants et les soignés. Beaucoup d'utilisateurs ne comprenant pas les réalités qui prévalent faute de la défaillance communicationnelle, pointent un doigt accusateur aux prestataires, les taxant de traîtres qui usent de manière pour ne satisfaire que leurs proches. « Vraiment les agents de santé ne sont pas honnêtes et nous n'avons plus confiance en eux. Depuis que je pars à l'hôpital avec mon enfant, je n'ai jamais bénéficié de la gratuité de

soins. Pourtant, mes copines me disent qu'elles en bénéficient. Donc, je sais qu'elles ont des bras longs à l'hôpital. Aujourd'hui, si tu ne connais personne parmi les agents de santé comme les nous autres là, c'est compliqué. Si tu pars, ils vont sortir te mentir que le stock consacré à la gratuité est fini, pourtant ils sont entrain de vouloir réserver pour leurs connaissances. » (Z U, mère d'un enfant de 03 ans). Cette situation crée des frustrations au sein des usagers et d'autres conséquences peuvent en découler. Les travaux de Sarigda et Bacyé et al (2023) montrent qu'il y a une difficulté de concilier l'augmentation du nombre de fréquentation liée à la gratuité des soins avec la qualité de la relation soignant-soigné. Lors de notre terrain, les discours des enquêtés relatent la question de la surcharge du travail des soignants et des conséquences sur l'accueil des patients.

### ***2.3.3. De la dégradation des relations soignants-soignés : vers un recours au service de santé privé et automédication***

Il ressort de nos entretiens que les relations conflictuelles et tendues entre les usagers et les personnels amènent certains usagers à s'orienter vers les formations sanitaires d'où la promotion de l'automédication. Ce faisant, « Je préfère me rendre chez le vendeur de médicaments au bord de la voie que d'aller chez les aigris et me faire engueuler pour rien. » (LN femme enceinte de 32 ans). Poursuivant dans la même veine d'idée, une bonne partie en sus se résolvent de faire recours soit à l'indigénat soit à l'auto médication. « Je suis venue trouver que les gens sont très nombreux et ça n'avance pas, donc je suis en train de repartir à la boutique pour payer le « wobgo » pour prendre. Ça soigne aussi le paludisme. » Affirmait (une femme enceinte de 26 ans). Traoré et al (2023) montrent que les usagers utilisent des stratégies d'adaptation face à l'indisponibilité des médicaments et les ruptures recrudescentes des médications font que certains usagers se dirigent vers l'automédication.

Pendant que certaines femmes malgré la présence de la politique de gratuité s'orientent vers l'automédication et la pharmacie traditionnelle, due à la qualité de la relation entre ces bénéficiaires et les agents soignants, une seconde partie des usagers des services de santé, cependant, se dirigent de plus en plus vers le service de santé privé malgré leurs ressources limitées. Les expériences vécues par ces dernières dans les centres de santé les poussent vers le privé. Lors de nos enquêtes de terrain, il ressort que les usagers victimes d'un accueil mal fait, remettent en cause la qualité de soins dans les établissements sanitaires publics ; ce qui implique qu'en dépit de la gratuité, beaucoup préfèrent se rendre dans les établissements privés de santé au prix de leur dernier centime. O. P, une enquêtée dépeint cette situation en ces termes : « Je me suis rendue au CMA avec mon enfant pour le besoin de soins, car je m'apercevais qu'il faisait de la fièvre. Dans l'optique de m'inscrire dans la logique des règles de la bienséance, j'ai eu la présence d'esprit d'adresser mes salutations aux agents de santé en présence. Mais ce fut une peine perdue, car mes salutations sont tout simplement ignorées de ces soignants qui continuaient bonnement des causeries et des éclats de rire sans la moindre attention aux patients que nous sommes. J'ai rebroussé chemin pour me rendre dans un cabinet privé dans lequel un accueil chaleureux m'a été accordé. Depuis ce jour, nonobstant la gratuité de soins au CMA, je préfère me débrouiller avec mes maigres ressources pour me faire soigner aux cliniques que de subir la négligence des agents de santé en public. » Le vécu actuel des soignants, causé par les externalités indésirables de la gratuité influe sans doute sur l'accueil dont sont victimes les usagers. Les travaux de Traoré et al., (2023) confirment nos données de terrain. Ils montrent que les bénéficiaires continuent de supporter certaines dépenses liées à l'achat des médicaments, aux examens malgré la présence de la gratuité des soins dans les services de santé, lorsque certains médicaments ou examen ne sont pas disponibles dans les structures publiques. Ces situations conduisent certains usagers à se retourner au niveau des services de santé privé. Nos résultats

corroborent cette analyse car confrontés à une affluence du nombre de personnes, certains enquêtés déclarent avoir fait recours aux structures privées parfois jusqu'à aller se faire endetter.

## **Conclusion**

La politique de gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, initiée par le gouvernement burkinabè, poursuit un objectif social majeur : contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en levant notamment la barrière financière à l'accès aux soins. Après quelques années de mise en œuvre, cette étude s'est proposée d'analyser sa pertinence sociale à partir du cas de la ville de Koudougou. Les résultats montrent que, malgré les avancées qu'elle représente en matière d'accès financier aux soins, cette politique demeure confrontée à des difficultés qui limitent la réalisation des attentes sociales qui lui sont associées.

Un premier enseignement concerne les conditions d'accès et la qualité des soins. La gratuité a certes contribué à accroître la fréquentation des formations sanitaires, mais l'augmentation de leur utilisation ne peut être exclusivement attribuée à la suppression des paiements directs. Elle tient également à la faiblesse des marges de manœuvre de certains ménages qui, faute de ressources suffisantes, ne disposent pas d'alternatives aux services publics. Dans ces conditions, l'accès gratuit aux soins ne signifie pas nécessairement accès à des soins vécus comme satisfaisants. À Koudougou, la qualité des soins est principalement associée par les usagers à la dimension biomédicale de la prise en charge, alors que les dimensions relatives à la dignité des patients, à la qualité de l'accueil, au respect et à la prise en compte de leurs droits apparaissent insuffisamment garanties. Les entretiens mettent ainsi en évidence une dégradation des relations entre soignants et soignés, au point que l'hôpital est parfois perçu comme un pis-aller. Les usagers qui disposent de ressources suffisantes tendent d'ailleurs à privilégier les cabinets privés,

notamment en raison de la qualité des relations interpersonnelles qu'ils y associent.

Un deuxième enseignement porte sur l'incidence de la gratuité sur les dépenses de santé des ménages. Alors que la politique vise à réduire leur vulnérabilité économique face aux dépenses de santé, les dysfonctionnements observés dans sa mise en œuvre, notamment les ruptures récurrentes de stocks, conduisent certains usagers à supporter des dépenses non prévues. L'absence de médicaments ou de certains produits nécessaires à la prise en charge oblige ainsi les bénéficiaires à rechercher des solutions alternatives en dehors des formations sanitaires publiques. La gratuité peut dès lors réduire certaines dépenses tout en en faisant apparaître d'autres, ce qui relativise sa portée en matière de protection financière des ménages.

Ces résultats permettent de mettre en évidence une injonction contradictoire au cœur de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins. L'État prescrit aux formations sanitaires de garantir un accès gratuit aux soins aux catégories ciblées, tout en les confrontant à des contraintes matérielles, organisationnelles et professionnelles qui rendent difficile la réalisation effective de cette prescription. De leur côté, les usagers sont invités à considérer la gratuité comme une amélioration de leur accès aux soins, alors que leur expérience quotidienne révèle la persistance, voire l'apparition, d'autres formes de contraintes. La suppression du coût officiel des soins ne supprime donc pas nécessairement les coûts sociaux, relationnels et économiques qui peuvent accompagner leur accès.

Au terme de l'analyse, le principal paradoxe réside ainsi dans le décalage entre la gratuité prescrite par la politique publique et la gratuité vécue par les bénéficiaires. La première se définit par l'absence de paiement pour les prestations couvertes par la mesure ; la seconde est façonnée par les conditions concrètes dans lesquelles les soins sont délivrés et reçus. C'est dans cet écart que se situe l'injonction contradictoire : une politique conçue pour faciliter l'accès aux soins et réduire la vulnérabilité des ménages peut, lorsque ses conditions de mise en œuvre demeurent

insuffisantes, produire de nouvelles contraintes affectant simultanément l'expérience des usagers, leurs dépenses et les relations entre soignants et soignés. Dès lors, l'efficacité sociale de la gratuité ne saurait être appréciée à partir du seul indicateur de suppression du paiement ; elle doit également être évaluée à l'aune des conditions réelles d'accès, de la qualité de la prise en charge et de l'expérience sociale des bénéficiaires.

## **Bibliographie**

**Amouzou Agbessi, Habi Oumarou Bensaid Karim et Niger countdown country case study working group, 2012.** “Reduction in child mortality in Niger, A countdown to 2015 country case study”, *The Lancet* 380 (9848) p.69-78

**Aye Thet Tun, Aung Thiri, Oo Kyaw, et Tun Myo, 2024.** “How do free healthcare policies impact utilization of maternal and child health services in feagile setting ? “*Health policy and Planning* n°39(9) p.891-901

**Borghi Josephine, Ensor Tim, Neupane Bishwa Tiwari Sudeep, 2006.** “Financial implication of skilled attendance at delivery in Nepal”, *Tropical Medicine and International Helth?* n°2, (11), p (228-237)

**Chuma Jane, Musimbi Jared, Okungu Vincent, Goodman Cathérine et Molyneux Sassy, 2009.** Reducing user fees for primary health care in Kenya : Policy on paper or policy practice ? *International Journal for Equality in Health* n°8 (15) <https://doi.org/10.1186/1472-9276>

**El-Khoury Mayada, Gandaho Tounkangba, Arur Asha, Keita Bakary, Nichols Lauren, 2011,** improving access to live-saving maternal health services : the effects of removing user fees for caesareans in Mali. Bethesda MD : Heath Systems 20/20 Abt Associates Inc.

**El-Khoury Mayada, Hatt Laurel, Gandaho Tounkangba, 2012.** User fee exemption and equity in access to caesarean section : an analysis of patient survey data in Mali. *International Journal*

for Equity in health n°11, vol.49 <https://doi.org/10.1186/1475-9276>

Gilson Lucy et McIntyre Di, 2005. “Removing user fees for primary care in Africa”: the need for careful action BMJ n°331, vol.7519, p. 762-765, <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7519.762>

Gilson Lucy, 1997. “The lessons of user fee experience” in Africa Health Policy and Planning, vol. 12, n°4, p. 173-1

**Ilboudo Patrick, et Siri Albert**, 2022. La politique de gratuité des soins de santé maternelle et infantile au Burkina Faso : Effet et pérennité de l'intervention. African Economic Research Consortium.paper 512

**Ilboudo Patrick, et Siri Albert**, 2023. « Effects of the free healthcare policy on maternal and children health in Burkina Faso “Health Economics Review vol.13, n°1

**Institut national de la statistique et de la démographie INDS et ICF international**, 2015. Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014 : profil de pauvreté et d'inégalités, Ouagadougou, Burkina Faso, INSD ? 90p.

**Institut national de la statistique et de la démographie INDS et ICF international**, 2012. Enquête démographie et de santé et à indicateurs multiples du Burkina Faso 2010 (EDSBF-MICS IV) Ouagadougou, Burkina Faso, INSD, Calverton Maryland, USA, ICF international.

**James Cynthia, Morris Saul, Keith Rachel, et Taylor Ainslie**, 2005. “Impact on child mortality of removing user fees”: simulation model BMJ n°331, vol.7519, p. 747-749, <https://doi.org/10.1136/bmj>

**Johri Mira, Ridde Valéry, Heimmuller Renate et Haddad Slim**, 2014. “Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: an impact evaluation and modelling study in Burkina Faso”, Bulletin of the World Health Organization n°92, p. 706-715

**Kaddar Miloud, Lamoureux Jacques, Schmidt-Ebry Peter**, 1999. Exemption from user fees and other measures to

improve access to primary health care in developing countries. Genève, OMS, Document, WHO/ARA/CC99.1.

**Mulinganya Vicky, Asima Florentin, Mirindi Patrick, Karemere Hermès**, 2018. « Temps d'attente prolongé aux services de consultation médicale : enjeux et perspectives pour les hôpitaux de Bukavu en république démocratique du Congo », *Plan African Journal*, (29), (173), 14p.

**Nanda Gita**, 2002. "Complications of pregnancy and delivery: estimates of the need for caesarean section". *The Lancet*, vol.360, n°9326, p. 1819-1824

**Nikiema Dieudonné, Rouamba Josiane et Ouedraogo Fabienne**, (s.d) « santé maternelle, néonatale et infantile dans un contexte de gratuité des soins : état des lieux et enjeux sanitaires dans les districts sanitaires de Baskuy et

**Ridde Valéry et Diarra Assane**, 2009. A process evaluation of user fee abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (west Africa) *BMC Health Services Research* n°9, vol.89 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-89>

**Ridde Valéry**, 2011. « Politiques publiques de santé, logique d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'Etudes Africaines*, édition de l'EHSS, n°204, p.115-143.

**Ridde Valéry, Yaméogo Patrice**, 2018. How burkina faso used evidence in deciding to launch its policy of free healthcare for children under five and women in 2016, *Palgrave Communication* vol.4, n°119

**Sarigda Moumouni, Bacyé Yvette et Palé Augustin**, 2023. "Gratuité et relations soignants-soignés au premier Niveau de soins de la région du centre (Ouagadougou) » *Institut de Recherche et d'Etudes Africaines*, n°48, p.207-226

**Sawadogo Nikiéma Blandine** (2015, 2017. *Charger de travail du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins : cas du district sanitaire de Bogodogo au Burkina*, mémoire de Master en sciences infirmières : option management des services de santé, Ouagadougou, Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Santé

**Sen Amartya**, 2000. Un nouveau model economique : developpement, justice, liberte Paris, Odile Jacob.

**Traoré Sié, Somé W. Arsène, Ouattara Cheick, Traoré Issa, Méda Z. Clarisse et Sawadogo G. L'éa**, 2023. « Paiement additionnel malgré la gratuité des soins au Burkina Faso » Santé Publique, vol.35, n°4, p.451-462

**Witter Ssophie, Dieng Thérèse, Mbengue Diabou, Moreira Ibrahima, et De Brouwere Vincent**, 2010. "The national free delivery and caesarean policy in Senegal: Evaluating process and outcomes". Health policy and Planning n°25 vol.5, p. 384-392 <https://doi.org/10.1093/heapol/czq013>

**Yaogo Maurice**, 2017, Fee versus subsidised healthcare : options for fee exemptions, access to care for vulnerable groups and effects on the health system in Burkina Faso, Health Research Policy and Systems vol.15, n°58

**Youbare Josaphat**, 2021. Perceptions de la qualité des soins des usagers et du personnel soignant dans un contexte de gratuité des soins dans la commune rurale de Saaba, Mémoire de master sociologie, Ouagadougou, Université Joseph KI-ZERBO Burkina Faso.