

Communication écrite

**European Summer School
Anthropology of Development and Social Dynamics**

Liège, 15-16-17 mai 2019

**Le non-recours aux services de santé
exemptés de paiement pour les plus pauvres
au Bénin et au Sénégal**

Céline Deville

Doctorante

Projet ARC « Effi-santé »

OMER – Observer les Mondes en Recomposition

Faculté des Sciences Sociales

Université de Liège

celine.deville@uliege.be

Résumé :

En vue d'atteindre la Couverture Santé Universelle, le Bénin et le Sénégal ont mis en œuvre des politiques d'exemption des frais des services de santé à destination des populations identifiées comme extrêmement pauvres. Malgré la « gratuité », les taux d'utilisation des services de santé sont restés relativement faibles. Cette recherche est basée sur des entretiens semi-directifs menés avec différentes parties prenantes dans les zones pilotes des politiques étudiées au Bénin et au Sénégal. Elle s'intéresse à la réception des politiques d'exemption par les populations bénéficiaires et tente d'expliquer le faible recours aux services de santé dans un contexte de gratuité. A partir de la typologie du non-recours développée par l'ODENORE en France, nous montrerons que les différents types de non-recours ont été rencontrés, et permettent d'identifier différentes causes et niveaux d'explication de la sous-utilisation des services de santé exemptés. La communication se focalisera plus particulièrement sur un type de non-recours : la non-demande, qui interroge spécifiquement la pertinence des politiques à l'étude. Si les cas de non-demande rencontrés sur le terrain mettent en évidence les dysfonctionnements et l'insuffisance de l'exemption de paiement afin d'améliorer l'accès aux services de santé, ils mettent rarement en cause son bien-fondé.

L'objectif de Couverture Santé Universelle (CSU) vise à ce que « tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières » (OMS, site internet). Cet objectif ambitieux est aujourd'hui central dans l'agenda mondial de la santé et a été érigé en cible des Objectifs de Développement Durable. Notre thèse vise à étudier ce référentiel international « à l'épreuve des contextes », à travers son appropriation dans deux pays d'Afrique de l'Ouest, le Bénin et le Sénégal. Elle comporte deux niveaux d'analyse, à savoir l'élaboration nationale des stratégies d'atteinte de la CSU et la mise en œuvre, au niveau opérationnel, des réformes, en particulier celles qui ciblent les plus pauvres.

En effet, si le Bénin et le Sénégal ont opté pour des stratégies relativement distinctes d'atteinte de la CSU et que leur niveau d'avancement dans la mise en œuvre est inégal, les réformes qui visent les ménages les plus pauvres sont fortement similaires. Elles correspondent à l'une des recommandations principales de l'OMS, qui considère que « l'universalité ne peut être atteinte que lorsque les gouvernements couvrent les coûts de la santé des personnes qui ne peuvent pas se permettre de cotiser » (OMS, 2010 : 98).

Cette communication porte ainsi sur deux programmes :

- Au Sénégal, l'enrôlement et la prise en charge des bénéficiaires de la Bourse de Sécurité familiale¹ par les mutuelles de santé, à travers une subvention étatique de leur cotisation.
- Au Bénin, l'exemption de paiement pour les ménages identifiés comme « pauvres extrêmes » et le remboursement des formations sanitaires à travers un programme conjoint de la Banque mondiale et du Ministère de la Santé².

Si ces deux programmes présentent des différences fondamentales en terme de *design*, d'architecture institutionnelle, d'ampleur et de financement, ils résultent, du point de vue des bénéficiaires, en une prise en charge gratuite dans les services publics de santé. Le processus d'identification des bénéficiaires est en outre relativement similaire, puisqu'il combine une pré-identification communautaire et une enquête *proxy-means testing* (PMT).

L'objectif initial de cette recherche est d'appréhender ces programmes du point de vue de leurs destinataires : quelle est leur perception et leur vécu de ces programmes ? Ont-ils modifié leurs pratiques de recours aux services de santé ? Y accèdent-ils plus facilement ? Quelles difficultés rencontrent-ils encore dans l'accès aux soins ? Or, bien que ces programmes supposent la suppression de la barrière financière aux services de santé, les données quantitatives récoltées nous ont permis de constater un faible recours aux services exemptés par les destinataires³. Cela contraste de plus avec un discours fréquent de la part des acteurs de l'élaboration et de la mise

¹ Le Programme national de Bourse de Sécurité Familiale est un programme de transfert monétaire (25.000 FCFA par trimestre) qui couvre actuellement 300.000 ménages dans le pays.

² Le Programme de Renforcement de la Performance des Systèmes de Santé (PRPSS) a prioritairement visé le renforcement de l'offre de santé, à travers le financement basé sur les résultats, auquel s'est superposée, durant la dernière année de mise en œuvre, l'expérience pilote de prise en charge des plus pauvres.

³ Dans la zone sanitaire de Lokossa-Athiémé (Bénin), le niveau d'utilisation est estimé à 0,05 visite par bénéficiaire sur une période d'un an, tandis que dans le département de Kaolack (Sénégal), il atteint 0,35 visite par bénéficiaire durant l'année 2016. En moyenne, cela signifie qu'1 bénéficiaire sur 20 a utilisé les services de santé exemptés au Bénin, contre 1 sur 3 au Sénégal. Ces données, bien qu'elles doivent être prises avec précaution, contrastent avec l'objectif de l'OMS de 5 visites par personne et par an (objectif qui peut, lui-même, être questionné) (WHO, 2013).

en œuvre de ces programmes, qui craignent que la gratuité ne mène à une « surconsommation » des services. C'est ainsi que la question du « non-recours » est devenue centrale dans notre réflexion : pourquoi, dans un contexte de « gratuité », les destinataires recourent-ils peu aux services de santé ?

Méthodologie de recherche

Cette communication est basée sur plusieurs terrains de recherche réalisés entre 2016 et 2018. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 8 ménages bénéficiaires dans la zone sanitaire de Lokossa-Athiémé (Bénin) et 18 ménages bénéficiaires dans le département de Kaolack (Sénégal). Ces terrains correspondent aux zones pilotes des programmes étudiés. Les entretiens ont été réalisés avec l'aide d'une interprète. Ils ont été enregistrés (à l'exception de deux), puis traduits et retranscrits de manière conjointe, ce qui nous a permis, avec l'interprète, de réajuster au fur et à mesure la façon dont nous menions les entretiens et d'affiner notre compréhension des discours. Des entretiens ont également été menés auprès d'autres parties prenantes, au niveau opérationnel (prestataires de soins, acteurs mutualistes, agents de l'action sociale, autorités locales) et stratégique (responsables des programmes et politiques, agents des ministères de la Santé et de l'Action sociale, bailleurs internationaux).

Les entretiens ont ensuite été analysés à l'aide du programme Nvivo 12. Ils ont, dans un premier temps, été codés en utilisant la typologie du non-recours. Ce travail a ensuite été précisé à partir de la littérature sur les barrières à l'accès aux services de santé. De nouvelles catégories ont été créées et les interactions recherchées.

Cadre conceptuel d'analyse

De nombreux chercheurs se sont intéressés à la problématique de l'accès aux services de santé, et ont tenté de la conceptualiser (Andersen, 1995; Dixon-Woods et al., 2006; McIntyre, Thiede, & Birch, 2009; Peters et al., 2008). Ricketts et Goldsmith parlent à ce propos de « bataille des cadres conceptuels » (2005). Deux articles se sont révélés particulièrement utiles à notre recherche : l'article de Jacobs *et al.* propose une synthèse des principales barrières à l'accès aux services de santé ainsi que des interventions qui ont été menées pour faire face à ces barrières dans les pays à faible revenu d'Asie (Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear, & Van Damme, 2012). Robert, Samb, Marchal, & Ridde (2015) ont quant à eux mené une revue de la littérature concernant le recours aux soins dans le cadre des politiques d'exemption de paiement « universalistes » (qui visent soit l'entièreté de la population, ou des catégories démographiques spécifiques, telles que les femmes et les enfants, sans distinction de revenu) en Afrique subsaharienne.

Notre recherche nous a également mené à nous intéresser à la problématique du non-recours. Bien que la littérature spécifique à la question du non-recours soit, à notre connaissance, cantonnée au monde occidental⁴, elle nous a semblé pertinente dans le cadre de notre recherche. En effet, « le non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – qu'elle qu'en soit la

⁴ Les premières études sur le non-recours (*non-take up*) ont été menées par des chercheurs anglo-saxons (Kerr, 1982). Le chercheur néerlandais Van Oorschot a également largement contribué à la conceptualisation de cette problématique (1991). Nous nous référons ici aux travaux menés depuis plus de quinze ans en France par l'Observatoire du non-recours aux droits et services (ODENORE).

raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre » (Warin, 2016 : 34). Cette définition du non-recours renvoie directement à notre questionnement sur la non-utilisation de services de santé exemptés de paiement par des personnes qui, à travers un processus de ciblage, y ont droit.

Selon la typologie développée par l'ODENORE, quatre formes de non-recours peuvent être rencontrées (Tableau 1). Comme le souligne Warin, l'analyse compréhensive doit permettre d'identifier les diverses raisons et explications qui sous-tendent chaque forme de non recours (Warin, 2016).

Tableau 1 Les formes du non-recours (Source : Warin, 2016 : 39)

La non-connaissance , lorsque l'offre n'est pas connue
La non-proposition , lorsque l'offre n'est pas activée par les agents prestataires malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre.
La non-réception , lorsque l'offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée.
La non-demande , quand l'offre est connue mais pas demandée, abandonnée, ou bien un droit est ouvert mais la prestation non utilisée, un service est accessible mais non sollicité.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons rapidement aux cas de non-réception, non-connaissance et non-proposition rencontrés sur le terrain et aux différentes explications qui les sous-tendent. Nous nous pencherons ensuite de manière plus approfondie sur la non-demande, en explorant les raisons qui poussent les populations ciblées à ne pas recourir aux services pour lesquels ils sont éligibles. Enfin, nous proposerons une discussion de ces résultats à l'aune de la littérature scientifique sur le non-recours et les barrières à l'accès aux soins. Les extraits d'entretiens qui fondent et illustrent notre analyse sont présentés en annexe. Ils sont classés en fonction de la forme et du niveau de non-recours, celui-ci pouvant tout autant se rapporter à l'exemption de paiement qu'aux services de santé eux-mêmes.

Non-réception, non-proposition et non-connaissance : l'ineffectivité des programmes

Non-réception

La non-réception renvoie donc aux situations de non-recours où « l'offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée » (Warin, 2016 : 39). Elle pose donc la question de l'effectivité des programmes étudiés et renvoie principalement aux dysfonctionnements de l'offre de santé et aux problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre des programmes. Des cas de non-réceptions ont été rencontrés dans les deux pays, et se rapportent soit à l'exemption de paiement, soit aux services de santé eux-mêmes. Ainsi dans le premier cas, les destinataires des programmes ont été contraints de payer les services de santé, de recourir à d'autres prestataires ou ont renoncé aux soins, du fait de la suspension, temporaire ou indéfinie, des programmes de gratuité. Cette suspension peut s'expliquer par des problèmes de mise en œuvre ponctuels, comme la rupture de stock de fiches de facturation au Bénin, ou structurels, tels que les retards de remboursement de la part de l'Etat ou du programme. Ces retards sont considérables dans les deux pays, mais ont eu des conséquences moindres à Kaolack (Sénégal) où les mutuelles sont parvenues à mettre en place un système de fonds de garantie et de prêts auprès de leur

Union régionale afin de contrer les retards de subvention de l'Etat. Les prestations ont donc repris dans les mutuelles qui avaient suspendu l'exemption, bien avant que l'Etat ne verse la subvention.

Les cas de non-réception peuvent également s'expliquer par des dysfonctionnements provenant des services de santé eux-mêmes, comme les ruptures de stocks de médicaments et l'absentéisme du personnel. Au Sénégal, ces ruptures de stocks de médicaments sont moins problématiques pour les bénéficiaires qui peuvent se procurer une série de médicaments gratuitement dans les officines privées. Cependant, cette absence très fréquente de médicaments (ou le refus des prestataires de les donner gratuitement) a des conséquences importantes sur le coût de la prise en charge pour les mutuelles de santé. Celles-ci ont, par conséquent, tendance à contrôler davantage les prescriptions et à restreindre la liste des médicaments couverts.

Non-connaissance

La non-information, ou non-connaissance, renvoie « aux obstacles de nature cognitive », tels que le déficit d'information et les difficultés de compréhension des démarches à réaliser pour bénéficier d'un droit (Warin, 2012 : 9). Au Bénin, les cas de non-information rencontrés relèvent principalement de problèmes de communication lors de la distribution des cartes aux bénéficiaires. En effet, plusieurs destinataires avaient une compréhension restrictive de l'utilité de la carte, qu'ils n'utilisaient pas dans les maternités, la grossesse et les soins qui l'entourent n'étant pas considérés comme relevant de la maladie.

Au Sénégal, ce sont les démarches à réaliser pour mettre le carnet de mutuelle en ordre qui ont posé problème. En effet, bien que les bénéficiaires ne paient pas de cotisation, ils doivent, comme les autres membres, se rendre à la mutuelle pour y apposer des cachets prouvant qu'ils sont éligibles. Plusieurs bénéficiaires ont ainsi fait face au refus, de la part du prestataire, de les prendre en charge gratuitement du fait que leur carnet n'était pas en ordre. Ceux-ci n'étaient pas au courant des démarches à réaliser, ou avaient tendance à les reporter jusqu'au moment où ils nécessitaient les soins. De plus, suite au retard de subvention de l'Etat, certaines mutuelles refusaient d'accorder les « cachets » pour une année entière et obligeaient donc les bénéficiaires à se rendre à la mutuelle de santé à plusieurs reprises et à des intervalles variables. Cela a participé à la confusion vis-à-vis du programme, mais également, parfois, au découragement des bénéficiaires.

Enfin, la non-connaissance peut également se référer au système de santé et à son organisation, surtout aux échelons les plus hauts de la pyramide sanitaire au niveau desquels les bénéficiaires ont davantage de difficultés à naviguer et pour lesquels ils ne respectent pas toujours le système de référence, menant également à des situations de non-recours.

Non-proposition

La non-proposition comme forme de non-recours est peu pertinente dans le cadre de notre recherche, étant donné qu'il n'a pas été demandé aux prestataires de soins de systématiquement rechercher les bénéficiaires des programmes et que, contrairement aux programmes ciblés sur

des catégories démographiques de la population, il leur est difficile (et même délicat) de distinguer qui est éligible.

Cependant, dans le cas des programmes d'exemptions basés sur des critères démographiques, tels que la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans par exemple, des cas de non-proposition (associés à une non-information des bénéficiaires concernant leurs droits) ont été rencontrés lors de notre terrain. Cette dame, par exemple, a des enfants en bas-âge et raconte que, lorsqu'elle a eu recours aux services de santé pour eux, « je suis partie, j'ai reçu l'ordonnance, je suis allée payer. J'ai entendu parler de ça en ville [la gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans] mais je n'en fais pas partie » [Bénéficiaire 4, Sénégal]. De même, à propos du Plan Sésame (programme de prise en charge gratuite des personnes âgées de plus de 60 ans au Sénégal), un responsable sanitaire déclare : « La directive, c'est que si une personne vient et *demande* le plan Sésame, ils sont obligés de l'appliquer » [Responsable sanitaire, Sénégal].

La non-demande et ses différentes explications

La non-demande questionne la pertinence des politiques et programmes sociaux du point de vue de leurs destinataires (Warin, 2016). Lorsqu'ils sont effectivement mis en œuvre et connus de la population, les programmes de « gratuité » améliorent l'accès d'un certain nombre de bénéficiaires aux services de santé. Ainsi, plusieurs de nos interviewés racontent qu'avant de bénéficier de ces programmes, ils faisaient face à des difficultés pour payer les soins, ce qui les amenait parfois à retarder la prise en charge, à recourir à d'autres prestataires ou à renoncer aux soins. Le programme semble donc avoir modifié l'itinéraire thérapeutique de plusieurs bénéficiaires, qui font aujourd'hui recours aux services de santé publics et gratuits. D'autres déclarent n'avoir pas modifié leurs pratiques de soins, puisqu'avant l'exemption, ils se « *débrouillaient* » pour recourir aux soins de santé dès que le besoin se faisait sentir. Ces bénéficiaires se montrent tout de même satisfaits de l'initiative, et la jugent donc pertinente. Cependant, durant notre recherche, nous avons également rencontré des cas de non-recours par non-demande. Les raisons qui sont énoncées peuvent être regroupées en quelques grandes catégories.

Barrière géographique

Sur le terrain, nous avons rencontré deux cas de non-demande liés à la barrière géographique. Dans les deux cas, les personnes rencontrées étaient âgées et avaient des difficultés à se déplacer. Elles avaient recours à l'automédication. Remarquons cependant que, bien que nous ayons tenté de varier les milieux d'enquête (urbain, péri-urbain et rural), les personnes interviewées vivaient relativement proche des centres de santé. La barrière géographique aurait probablement été davantage marquée si nous avions mené l'enquête dans des villages plus isolés.

Persistance d'une barrière financière

Malgré la « gratuité », la barrière financière reste importante pour un certain nombre de ménages, du fait des ruptures de stocks de médicaments dans les centres publics qui obligent les patients à se rendre dans les pharmacies privées, mais également du fait de médicaments et

soins non couverts par les programmes, notamment pour les maladies chroniques. Alors que certains se « débrouillent » pour pouvoir s'offrir les produits et services dont ils ont besoin, en ayant recours aux prêts, à la vente de biens ou à la solidarité de leurs proches, d'autres ont tout simplement renoncé à se rendre aux consultations.

Coût d'opportunité

Le fait de prendre du temps pour se faire soigner peut constituer un coût d'opportunité et un frein important à l'accès aux soins. Bénéficiaire de l'exemption peut également avoir un coût d'opportunité important. Au Sénégal où les démarches à réaliser et les aller-retours entre prestataires, mutuelle de santé et pharmacies peuvent être nombreuses, certains préfèrent payer directement les soins plutôt que de bénéficier de l'exemption. Ils estiment le coût d'opportunité en fonction du temps perdu dans les démarches, mais également du coût que représentent ces démarches en terme de déplacement (ce qui renvoie à une forme de barrière géographique).

Perception du besoin et préférence pour d'autres types de recours

Dans nos entretiens, la perception du besoin semble jouer un rôle important dans la décision ou non de recourir aux soins, et ce, même s'ils sont gratuits. Au Bénin et au Sénégal, plusieurs bénéficiaires ont ainsi déclaré n'avoir recours aux services publics de santé que dans le cas où la situation est « aggravée », et préférer d'autres recours telles que l'automédication (traditionnelle ou moderne) pour des maladies qui ne leur semblent pas nécessiter des soins. Ces personnes semblent réticentes à utiliser les services de santé publics, ce qui peut renvoyer à la question de la perception de la qualité des soins et de la confiance vis-à-vis des prestataires (voir ci-dessous). Pourtant, plusieurs d'entre elles ont également souligné qu'elles n'hésitaient pas, par contre, à se rendre dans ces services pour y faire soigner leurs enfants, pour lesquels la perception du risque semble donc plus importante.

Confiance, qualité et stigmatisation

La perception de la qualité des soins est également une barrière importante à l'accès aux services de santé (Peters et al., 2008). Il a été difficile de « faire parler » de la question de la qualité des soins aux destinataires, indépendamment de celle de l'accueil et de la stigmatisation. Ainsi, ceux qui étaient satisfaits de la qualité jugeaient avoir eu une bonne prise en charge et « avoir suivi le rang, comme tout le monde ». Le fait que la non-discrimination dans le temps d'attente d'une consultation, ait été une réponse récurrente révèle l'importance que cette égalité de traitement revêt pour les destinataires. Certaines personnes ont émis des critiques vis-à-vis du traitement reçu, dénonçant la stigmatisation liée au fait de ne pas payer les soins. Cette discrimination dans le traitement, qualifiée par certains de « négligence » du patient, ne remettait pas nécessairement en question leur utilisation des services de santé exemptés, préférant tout de même des soins gratuits. Dans certains cas, cependant, les patients ont renoncé à l'exemption, du fait qu'ils étaient insatisfaits aussi bien du point de vue de l'accueil qui leur avait été réservé que des soins, puisque ceux-ci n'avaient pas été prodigués (cas de non-réception) ou n'avaient pas amené la guérison.

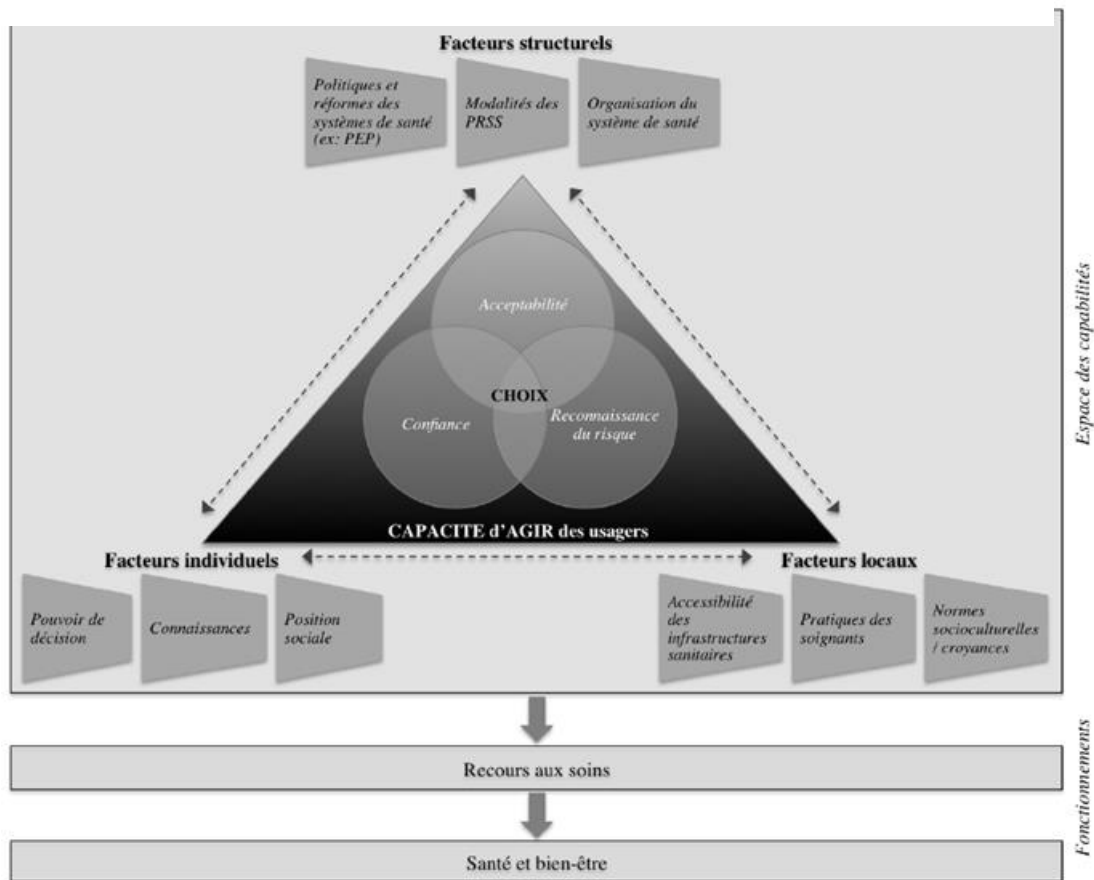
Certains bénéficiaires exprimaient également une certaine honte à faire recours aux services de santé gratuits, d'autant plus lorsqu'ils avaient été victimes de remarques quant à leur utilisation des services de santé – jugée trop fréquente – de la part des prestataires ou des acteurs mutualistes. Ainsi, afin de ne pas être considérés comme des « profiteurs », une personne a déclaré utiliser les services de santé sans demander l'exemption, tandis qu'une autre a recours à l'automédication tant que la maladie n'est pas « *aggravée* ».

L'importance d'une relation personnalisée et familière avec le prestataire peut également être relevée comme un gage de qualité de l'accueil. Un couple, par exemple, était en désaccord concernant la qualité des soins offertes dans les formations publiques. Alors que le mari jugeait que la qualité était meilleure dans un centre de santé confessionnel, et préférait y emmener certains de ces enfants (ceux qui n'avaient pas droit à la gratuité, car ils n'étaient pas inscrits dans le carnet), son épouse défendait les prestataires publics : « *Pour moi, ce sont de bonnes personnes. Une fois là-bas, je ris avec eux, je taquine. [...] Même si je n'ai pas besoin des soins d'une personne, je rentre, je la taquine et je sors* » [Bénéficiaire 13, Sénégal].

Conclusion

En guise de conclusion, nous voudrions proposer quelques pistes de réflexion qui émanent de nos résultats de recherche. En premier lieu, les matériaux issus de nos entretiens montrent que les données quantitatives sous-estiment le recours réel aux services de santé des populations bénéficiaires. En effet, ceux-ci ont eu recours à des services de santé qui n'ont pas été exemptés, du fait de problèmes de mise en œuvre (non-réception), de communication (non-connaissance) ou d'une non-demande dont les explications se situent à divers niveaux. Les cas de non-demande n'impliquent pas l'absence d'une demande des bénéficiaires concernant l'exemption de paiement – d'une manière globale, ces initiatives sont d'ailleurs jugées pertinentes. La non-demande, ainsi que les critiques ou propositions d'améliorations suggérées par les bénéficiaires, démontrent plutôt l'insuffisance de l'exemption de paiement à améliorer l'accès aux services de santé de qualité pour une partie de la population. Des résultats similaires ont été constatés dans d'autres programmes mis en œuvre en Afrique subsaharienne (Atchessi, Ridde, & Zunzunegui, 2016; Flink et al., 2016).

Notre recherche montre également la complexité de la question du (non-)recours aux soins, et plus généralement, de la problématique de l'accès. Diverses raisons et niveaux d'explications s'entremêlent pour expliquer le faible niveau de recours aux services de santé exemptés, et dans certains cas, les barrières à l'accès se cumulent et se renforcent mutuellement. Notre recherche conforte la théorie réaliste du recours aux soins de santé développée par Robert et al. (2015),



distingue la capacité d’agir des usagers et le choix de recourir aux services de santé (figure 1). Ainsi, les programmes étudiés, lorsqu’ils sont fonctionnels et connus, permettent d’augmenter la capacité d’agir des bénéficiaires, en leur facilitant l’accès financiers aux services de santé. Cette capacité d’agir peut cependant être contrainte par d’autres facteurs, qu’ils soient individuels, locaux ou structurels. De plus, la capacité d’agir des usagers ne garantit pas le choix de recourir aux services, qui dépend lui-même de la confiance envers le prestataire, de la reconnaissance du risque et de l’acceptabilité des services.

Cependant, contrairement à la revue de littérature effectuée par Robert et ses collègues, notre recherche semble démontrer l’importance, pour les bénéficiaires, d’être traités sur un pied d’égalité et les effets dissuasifs des pratiques stigmatisantes sur le recours aux soins. Ceux-ci mériteraient selon nous d’être davantage mis en avant dans une théorie du recours aux soins se rapportant à des politiques ciblées sur des *critères de revenus*, auxquelles sont généralement associées un *welfare stigma* (Sen, 1995). Cette stigmatisation est d’autant plus importante qu’elle est associée à l’idée-reçue, présente dans le discours d’une partie des prestataires et des acteurs de l’élaboration de ces politiques, selon laquelle la gratuité va automatiquement entraîner la surconsommation et l’abus. Notre recherche tend plutôt à montrer une sous-utilisation des services de santé comparés aux « besoins ».

Notre recherche questionne également cette notion de « besoins » du fait qu’elle met en évidence l’écart entre d’un côté, les normes et injonctions de santé publique à la prévention et à l’utilisation des services de santé dès l’apparition de la maladie, et de l’autre, la perception et

les pratiques de plusieurs bénéficiaires qui évitent les consultations et ont recours à l'automédication tant que la maladie ne s'aggrave pas. Cet écart mériterait davantage d'attention, d'autant plus qu'il persiste dans le cadre de soins de santé gratuits.

Nous voudrions enfin souligner la portée « universelle » de la problématique de l'accès aux soins de santé. Bien que les problèmes puissent être exacerbés par des facteurs contextuels locaux et sans vouloir minimiser l'importance des normes et pratiques culturelles qui peuvent également entraîner des difficultés majeures dans l'accès aux soins, la confrontation de nos résultats, de la littérature scientifique sur le non-recours et l'accès aux soins, et de nos propres pratiques de santé, met en exergue les régularités et similarités. Cela doit, selon nous, encourager à décloisonner la recherche.

Bibliographie

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.

<https://doi.org/10.2307/2137284>

Atchessi, N., Ridde, V., & Zunzunegui, M.-V. (2016). User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy and Planning*, 31(5), 674-681. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv135>

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., ... Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(35).

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>

Flink, I. J., Ziebe, R., Vagai, D., van de Looij, F., van 'T Riet, H., & Houweling, T. A. (2016). Targeting the poorest in a performance-based financing programme in northern Cameroon. *Health Policy and Planning*, 31(6), 767-776.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czv130>

Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., & Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate

- interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 27(4), 288-300. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>
- McIntyre, D., Thiede, M., & Birch, S. (2009). Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Economics, Policy and Law*, 4(02), 179. <https://doi.org/10.1017/S1744133109004836>
- OMS. (2010). *Rapport sur la Santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (s. d.). Qu'est-ce que la couverture universelle en matière de santé? Consulté 1 avril 2019, à l'adresse WHO website: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>
- Robert, É., Samb, O. M., Marchal, B., & Ridde, V. (2015). Recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne : Une revue réaliste. *Cahiers Réalisme*, (1), 60.
- Sen, A. (1995). The Political Economy of Targeting. In D. van de Walle & K. Nead (Éd.), *Public Spending and the Poor* (Johns Hopkins University Press, p. 12-24).
- van Oorschot, W. (1991). Non-Take-Up of Social Security Benefits in Europe. *Journal of European Social Policy*, 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.1177/095892879100100103>

Warin, P. (2012). Le non-recours aux droits. Question en expansion, catégorie en construction, possible changement de paradigme dans la construction des politiques publiques. *SociologieS*, 20.

Warin, P. (2016). *Le non-recours aux politiques sociales* (Presses universitaires de Grenoble).
In *Libres cours Politique* (Presses universitaires de Grenoble). Fontaine.

Annexe : Extraits d'entretiens

Pertinence de l'initiative et modification des pratiques de recours aux soins suite à la « gratuité »

« Parfois, tu es malade, tu n'as pas d'argent pour aller au dispensaire, tu restes chez toi, et tu attends le bon dieu ». Ce bénéficiaire avait également recours aux plantes, comme la bantamare : « Aujourd'hui, non, c'est fini. Les plantes, c'est les 'malgré' [On prend ça malgré nous], parce qu'on n'avait pas les moyens » [Bénéficiaire 6, Sénégal].

« J'ai trouvé un peu de paix par rapport aux maladies. Comme un de mes enfants était tombé gravement malade et il en est décédé. Mais quand la carte est venue, je n'ai plus rencontré ce genre de situation. [...] Avant que la carte ne vienne, nous courrons pour aller chez les tradipraticiens. Et comme la carte est venue, nous ne les fréquentons plus et nous allons au centre de santé. » [Bénéficiaire 4, Bénin].

« Il fallait chercher de l'argent avant d'aller à l'hôpital [...] Parce que tu es malade et que tu n'as pas d'argent, parfois, tu es obligé d'utiliser les plantes en attendant d'avoir l'argent. Il y a certaines plantes qui sont bonnes [...] depuis que j'ai le carnet, j'ai arrêté. » [Bénéficiaire 1, Sénégal].

« Il y a eu un temps, quand tu étais malade, tu ne pouvais même pas payer les médicaments. Mais maintenant, avec la mutuelle, on se soigne et si ce n'était pas la mutuelle de santé, moi-même, je n'aurais pas été là à parler avec vous. [...] C'était difficile. Parfois si on te prescrit une ordonnance, si tu as un coq à vendre, tu le fais, une chèvre ou bien les bienfaiteurs » [Bénéficiaire 4, Sénégal].

« Oui, nous allions au poste, ou bien on part chez le pharmacien. On explique au pharmacien de quoi on souffre, il nous prescrit des médicaments [...] C'est plus facile parce qu'au poste, si tu pars là-bas, tu paies le ticket » [Bénéficiaire 8, Sénégal].

« Tu pars chez les voisins, tu empruntes et toutefois, si tu as soigné ton malade, tu vas aller chercher de l'argent pour rembourser. [...] On se débrouillait pour se soigner » [Bénéficiaire 3, Sénégal].

« Obligatoirement, tu dois te rendre au centre pour te faire soigner. Même si la carte n'était pas avec nous, on doit amener nécessairement nos enfants au centre de santé » [Bénéficiaire 2, Bénin].

« A vrai dire, quand la carte est venue, c'est quelque chose qui m'a enchantée. Des fois, je n'ai pas d'argent. Je prends mes effets personnels que je vends avant d'aller à l'hôpital. Brusquement, les choses ont pris une autre tournure, la carte est en quelque sorte notre sauveur. Parce que moi qui suis ici, je n'ai personne pour me porter d'aide. Pour trouver d'aide pour les soins, je suis contente comme cela. Je ne prends plus mes pagnes pour la vente ni d'emprunt. [...] Auparavant, quand tu prends ces 5000 ou 2000 FCFA, et tu achètes le médicament, arrivé à la maison, tu dois manger avant de les prendre. Il arrive des fois, quand on nous vend les produits et qu'on rentre à la maison, ce qu'on doit manger avant de prendre les produits n'existe pas. Si tu ne manges pas, tu ne peux pas prendre les médicaments. Y a des fois, c'est le manger que tu dois trouver

d'abord, avant de prendre les médicaments. Et comme ils nous ont donné cette chose [la carte], on prend les sous d'achat des médicaments pour manger. Et quand tu manges, tu arrives à prendre correctement tes médicaments » [Bénéficiaire 1, Bénin].

Non-recours classé selon la forme et le niveau

	Exemption de paiement	Service de santé
Non-réception	<p>« Ma petite fille, elle était malade, elle avait la fièvre. Il y a deux mois. [...] Mais en ce moment-là, ils avaient arrêté la mutuelle. L'argent qu'on avait déposé était fini, la subvention. Il fallait qu'on attende que l'Etat en envoie encore. Maintenant, ils ont repris. [...] L'année passée, il y a eu la même chose. Ils ont eu un temps d'arrêt » [Bénéficiaire 6, Sénégal].</p> <p>« S'ils n'envoient pas l'argent [l'Etat], on ne peut pas se soigner. Ces temps-ci, même, la mutuelle ne fonctionnait pas parce que ma fille était malade, on lui a prescrit une ordonnance, mais je n'ai pas de quoi acheter. [...] J'ai essayé de la soigner avec des plantes, des feuilles de citron » [Bénéficiaire 7, Sénégal].</p> <p>« On a payé. Comme ils ont refusé la carte, on a dû payer » [Bénéficiaire 3, Bénin].</p> <p>« Ils m'ont dit de donner un sous pour qu'on puisse me consulter et j'ai répondu que je n'ai pas d'argent. Et c'est avec la carte qu'on me consulte d'habitude. Et ils ont dit : « le délai de la carte est déjà passé ». Ce sont ceux qui étaient venus en première position qui ont pu bénéficier de la carte car actuellement, ils sont en rupture de fiches » [Bénéficiaire 5, Bénin].</p>	<p>Quand il n'y a pas de médicaments, et que nous venons au centre de santé, quand ils nous disent qu'ils ont pénurie, on nous donne une ordonnance et on va acheter en ville. [Bénéficiaire 2, Sénégal].</p> <p>« Non, non, non. J'achète tous les médicaments à la pharmacie, au poste, ils n'ont rien » [Bénéficiaire 6, Sénégal].</p> <p>« J'ai été consulter et ils m'ont dit que le docteur n'est pas présent. Et je suis rentrée » [Bénéficiaire 3, Bénin].</p> <p>« Ils ont dit qu'ils n'ont pas les médicaments, c'est pourquoi je n'ai pas encore été. [...] Bon les aides-soignants m'ont dit que, ce dont je souffre là, qu'il s'agit d'antibiotiques, et que malheureusement, c'est fini pour eux » [Bénéficiaire 7, Bénin].</p>
Non-information	<p>« C'est ça qui me trouble, parce que je suis venu renouveler [le carnet] en 2017, mais quand j'ai eu un malade, que je l'ai amené au poste, ils m'ont dit : « non, le carnet est fini ». Je ne sais pas pour combien de mois c'est, les cachets » [Bénéficiaire 9, Sénégal].</p>	

	<p>« L'aîné est parti avec le carnet, à ce moment-là, il n'y avait plus de cachets [...]. L'aîné est revenu sans se soigner. Je ne suis plus encore repartie. [...] J'ai seulement acheté du paracétamol et de l'ibuprofène à la pharmacie » [Bénéficiaire 10, Sénégal].</p> <p>« Tout au début, je ne savais pas qu'il fallait aller à la mutuelle pour les cachets. Je suis allée au poste et le carnet n'a pas fonctionné » [Bénéficiaire 16, Sénégal].</p> <p>« Je ne savais pas que la carte pouvait me permettre de faire la consultation prénatale. [...] Ils ont dit que, quand les enfants tomberont malade, on peut utiliser la carte pour les soigner. Et pour les médicaments aussi, on ne va pas payer. [...] Pour les soins au dispensaire, nous en sommes conscients. Mais pour la maternité, on ne savait pas » [Bénéficiaire 2, Bénin].</p> <p>« Je ne savais pas que pour la maternité, je pouvais utiliser la carte. Sinon, ils ont parlé de maladie. J'avais posé la question et ils ne m'ont rien dit » [Bénéficiaire 5, Bénin].</p> <p>« Ils ont partagé les cartes, mais ils ont dit que si quelqu'un est malade là, il peut aller à l'hôpital avec. Mais je ne savais pas que les femmes aussi peuvent aller à l'hôpital avec la carte concernant la grossesse. Je pensais que seulement pour la maladie » [Bénéficiaire 7, Bénin].</p>	
--	---	--

<p>Non-demande</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barrière géographique : <p>« Vraiment, je ne me suis jamais soigné avec le carnet. Parce que moi, je ne me porte pas bien, les déplacements qu'on te demande, vraiment, je ne peux pas. Avant d'aller à l'hôpital, tu pars d'abord à la mutuelle ici, on te donne un papier, ils te disent que tu peux aller. On te demande d'aller au centre de santé. De là-bas aussi, on te donne un papier pour aller à la préfecture. Vraiment, je n'ai pas la santé pour ces déplacements » [Bénéficiaire 14, Sénégal].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coût d'opportunité des soins <p>« Oui, même le dépositaire, quand tu pars là-bas, même pour acheter un petit comprimé, il te demande le carnet. C'est ça seulement que je veux acheter, il dit « non, il faut amener le carnet ». Et si tu viens avec le carnet, il te demande d'aller à l'hôpital. C'est juste ces détails-là qui me fatiguent, c'est pour ça que parfois, je préfère aller acheter les comprimés et les prendre. Même si tu dis que c'est ce comprimé seulement dont j'ai besoin, je ne me sens pas bien, c'est pour ça, il t'exige d'amener le carnet pour te faire consulter. Après, si tu dois aller à la pharmacie, ils te demandent d'aller d'abord à la mutuelle, qu'ils fassent ce qu'ils ont à faire, après tu reviens, je te donne les médicaments » [Bénéficiaire 3, Sénégal].</p> <p>« Et je me suis dit « quand je tomberai malade, je vais encore effectuer des déplacements ». Je ne suis pas la seule. Je ne peux pas dire pour les autres, c'est pour moi. C'est mon cas que je peux plaindre. Les dépenses que j'ai effectuées pour les aller-retours, si je prends ça, je peux faire une perfusion. Et mon mal passera [...] Si je trouve de l'argent, je vais me rendre au centre de santé [...]. Comme la situation est telle, elle paraît comme une tromperie. Je vais venir à l'hôpital » [Bénéficiaire 1, Bénin].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barrière géographique <p>Une vieille dame, qui n'a plus utilisé les soins depuis longtemps car elle a des difficultés à se déplacer, déclare : « Les pieds que je dois utiliser pour partir, est-ce que ces pieds-là existent ? » [Bénéficiaire 4, Sénégal].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barrière financière <p>« Si je suis malade, mais je n'ai pas d'argent. C'est pour ça que je ne suis pas partie. [...] je n'ai plus d'argent. Si tu pars là-bas, ils vont te demander d'acheter les médicaments pour la tension. [...] Je veux bien me soigner mais je n'ai pas d'argent » [Bénéficiaire 2, Sénégal].</p> <p>« Au poste de santé, ils n'avaient pas les médicaments. Ils ont prescrit et m'ont demandé d'aller à la pharmacie. Il y a certains médicaments que le pharmacien n'avait pas accepté [de donner gratuitement]. Je ne suis plus repartie. J'ai essayé de me soigner moi-même [...] parce que je n'ai pas d'argent » [Bénéficiaire 8, Sénégal].</p> <p>« Les ordonnances sont chères, tu ne peux pas les acheter. C'est pour cela que je suis devenue paresseuse du poste de santé » [Bénéficiaire 16, Sénégal].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coût d'opportunité des soins <p>« Je suis malade, mais je ne peux pas aller à l'hôpital. Je ne peux pas aller au dispensaire. [...] Je prends des médicaments traditionnels, mais je vais aller me soigner. [...] Ces temps-ci, je n'ai pas le temps. Si tu te lèves, c'est pour aller chercher [de quoi payer] des dépenses quotidiennes, les temps sont durs. [...] Moi, je prends plus soin de mes enfants que de moi » [Bénéficiaire 13, Sénégal].</p>
---------------------------	--	--

- **Confiance, perception de la qualité des soins et stigmatisation**

« C'est parce que j'y ai été une fois [au centre de santé] avec [le carnet...]. Une fois là-bas, tout ce que je voulais, je ne l'ai pas eu. Je suis revenu. C'est pour ça que j'ai dit que je n'ai jamais utilisé le carnet. Parce que si, la première fois-là, j'avais une satisfaction, peut-être que j'aurais continué. C'est pour ça que je préfère rester chez moi » [Bénéficiaire 14, Sénégal].

« Parfois, j'avais même des médicaments [à acheter], j'avais le complexe d'aller là-bas [à la mutuelle] parce qu'ils me disaient : « tu es tout le temps malade, tu es tout le temps malade ». Et moi, je répondais que la maladie, ce n'est pas de ma faute. [...] C'est quand j'étais enceinte » [Bénéficiaire 8, Sénégal].

« On ne part là-bas qu'en cas de maladie, pas tout le temps : si tu es gravement malade et que tu es obligé d'aller à l'hôpital, c'est seulement dans ces cas-là qu'on part là-bas. [...] Ce n'est pas parce que tu as une petite fièvre que tu vas utiliser le carnet. C'est juste parce que je ne veux pas que les gens disent qu'avant que nous ayons le carnet, nous n'allions pas souvent au poste mais maintenant, nous allons pour de petites choses. Mais c'est vrai qu'il ne faut pas écouter les gens. Mais parfois, il arrive que tu es fatigué et on t'explique de prendre telle plante que tu broies dans l'eau, tu filtres et que tu bois. Certains comprimés aussi, et parfois, si ça ne marche pas, tu pars à l'hôpital » [Bénéficiaire 3, Sénégal]

Au Bénin, « honte de se présenter en plus de ses enfants, alors que le centre prend déjà en charge ses enfants. C'est un « poids pour le centre ».

- **Perception du besoin et préférence pour d'autres types de recours**

« Moi, je n'aime pas trop. Je peux même rester avec la maladie jusqu'à ce que je sois guérie. [...] Je ne me soigne même pas avec des plantes. Même pour le rhume, mon mari m'a demandé d'utiliser le Nguer, je n'ai pas voulu. [...] Quand il s'agit d'aller à l'hôpital, je n'aime pas trop. [...] Si je vais à l'hôpital, c'est parce qu'on m'a vraiment forcée. Ce n'est pas facile. [...] Les enfants, oui, eux ils vont à l'hôpital. Toute fois, si l'un d'eux est malade, je l'amène à l'hôpital » [Bénéficiaire 10, Sénégal].

« Pour moi-même, je ne l'ai jamais utilisé [le carnet]. Tu sais, l'Africain, si la maladie n'est pas aggravée, il préfère utiliser les médicaments africains ». Pour son fils, par contre, qui a subi une grave crise de tétanos lorsqu'il était enfant, « lui, on préfère l'emmener au poste » [Bénéficiaire 16, Sénégal].

« Si je tombe malade, j'achète les médicaments de rue et je me retrouve [...]. Non, je ne vais pas à l'hôpital à moins que ce ne soit pour l'accouchement » [Bénéficiaire 4, Bénin].

« Au village, on ne tombe pas malade comme ça. C'est pourquoi. [...] On prend le médicament au bord de la rue, puis on se reprend à la maison. [...] Le fait de tomber malade, ce n'est pas quelque chose qu'on souhaite mais si la maladie n'a pas été grave, on n'aime pas aller au centre de santé. [...] Les grands-mères n'aiment pas trop aller dans les centres de santé, parce qu'elles n'aiment pas les piqûres et c'est comme ça là. Les piqûres » [Bénéficiaire 7, Bénin].

« Une fois là-bas, tu restes là-bas jusqu'à 2h et la plupart des médecins descendent. Rien n'est résolu. C'est ça seulement. [...] Tu sais que si tu pars dans les hôpitaux, et que tu n'as pas amené d'argent, tu ne peux pas te soigner. On te néglige vraiment. Et que si tu amènes le carnet, tu as le droit d'être soigné et vraiment, entre toi et moi, si tu as le droit et les gens ne respectent pas, qu'est-ce que tu y peux ? [Bénéficiaire 14, Sénégal]

« Oui, ceux qui ont le carnet par rapport à ceux qui n'ont pas le carnet, le travail ne se fait pas comme ça devrait parce qu'ils n'ont pas d'argent avec eux. Donc il n'y a pas une bonne prise en charge pour eux qui ont le carnet. S'il doit te donner de bons médicaments, il préfère te donner du paracétamol et certains médicaments et ils te demandent de partir [...] Ils [les responsables du programme] doivent aller là-bas pour leur dire [aux prestataires de soins] : « toute personne qui vient ici, il faut le soigner, il faut le prendre au même pied d'égalité que les autres ». S'ils avaient fait ça, ça pourrait améliorer la situation » [Bénéficiaire 11, Sénégal].

[A la question d'amélioration à apporter] : « Toute fois que si tu tombes malade, un fois là-bas, qu'ils te donnent les médicaments qu'il faut. Ainsi tu auras le courage de te déplacer à chaque fois que tu es malade. Mais si tu pars là-bas et on te néglige, tu auras la paresse. [...] Oui, il y a certains qui te négligent. Tu sais que le noir, il aime l'argent. La personne que tu soignes gratuitement et celle qui te paie les soins ne sont pas les mêmes » [Bénéficiaire 13, Sénégal].