Document généré le 19 mars 2024 05:25

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

Soins de santé gratuits pour les uns, payants pour les autres : perceptions et stratégies d'adaptation dans le district de Boulsa (Burkina Faso)

Alice Bila, Frank Bicaba, Cheick Tiendrebeogo, Abel Bicaba et Thomas Druetz

Volume 3, numéro 3, 2020

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073784ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073784ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Bila, A., Bicaba, F., Tiendrebeogo, C., Bicaba, A. & Druetz, T. (2020). Soins de santé gratuits pour les uns, payants pour les autres : perceptions et stratégies d'adaptation dans le district de Boulsa (Burkina Faso). *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *3*(3), 100–109. https://doi.org/10.7202/1073784ar

Résumé de l'article

Contexte : Les preuves des bienfaits des politiques de gratuité des soins sont réunies, mais les enjeux éthiques que ces politiques soulèvent dans les pays à faibles revenus ont été peu examinés. Au Burkina Faso, la gratuité a été introduite en juillet 2016 pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, en ce qui concerne les soins en santé reproductive. Il a été rapporté que les critères d'éligibilité sont parfois difficiles à interpréter ou à mettre en application. L'objectif de cette étude est double : 1) comprendre les perceptions et les pratiques du personnel de santé et des bénéficiaires à l'égard du respect des critères d'éligibilité à la gratuité et 2) explorer les tensions éthiques qui en ont découlé et les éventuels modes de résolution. Méthodologie : En 2018, une étude qualitative transversale a été menée dans cinq communautés rurales de Boulsa, au Burkina Faso, Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès du personnel soignant (n=10) et de mères de jeunes enfants (n=10), qui ont été sélectionnées avec l'aide d'agents de santé à base communautaire. Les enregistrements audios ont été traduits et retranscrits. Une analyse thématique de contenu a été réalisée sur l'ensemble du matériel. Les thèmes qui sont ressortis de l'analyse thématique ont été identifiés par les membres de l'équipe, qui en ont discuté et les ont reformulés. Résultats : L'étude suggère que les critères d'éligibilité à la gratuité ne sont pas toujours bien connus des bénéficiaires, ce qui peut entraîner des débordements involontaires. Elle révèle aussi l'adoption de pratiques pour contourner le respect strict des critères d'éligibilité à la gratuité, notamment pour en faire bénéficier les enfants de 5 ans et plus. Ces débordements délibérés résultent de tensions éthiques vécues par les bénéficiaires, et en soulèvent d'autres chez le personnel soignant. Des mécanismes sont mis en oeuvre officieusement pour réconcilier les dissonances ressenties par les prestataires. Conclusion : La mise en oeuvre de la politique de gratuité au Burkina Faso s'opère grâce à des mécanismes de réinvention locale pour surmonter les tensions éthiques liées au respect des critères d'éligibilité.

Copyright © Alice Bila, Frank Bicaba, Cheick Tiendrebeogo, Abel Bicaba and Thomas Druetz, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Soins de santé gratuits pour les uns, payants pour les autres : perceptions et stratégies d'adaptation dans le district de Boulsa (Burkina Faso)

Alice Bila[a], Frank Bicaba[a], Cheick Tiendrebeogo[b], Abel Bicaba[a], Thomas Druetz[b,c,d]

Résumé

Contexte : Les preuves des bienfaits des politiques de gratuité des soins sont réunies, mais les enjeux éthiques que ces politiques soulèvent dans les pays à faibles revenus ont été peu examinés. Au Burkina Faso, la gratuité a été introduite en juillet 2016 pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, en ce qui concerne les soins en santé reproductive. Il a été rapporté que les critères d'éligibilité sont parfois difficiles à interpréter ou à mettre en application. L'objectif de cette étude est double : 1) comprendre les perceptions et les pratiques du personnel de santé et des bénéficiaires à l'égard du respect des critères d'éligibilité à la gratuité et 2) explorer les tensions éthiques qui en ont découlé et les éventuels modes de résolution. Méthodologie : En 2018, une étude qualitative transversale a été menée dans cinq communautés rurales de Boulsa, au Burkina Faso, Des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès du personnel soignant (n=10) et de mères de jeunes enfants (n=10), qui ont été sélectionnées avec l'aide d'agents de santé à base communautaire. Les enregistrements audios ont été traduits et retranscrits. Une analyse thématique de contenu a été réalisée sur l'ensemble du matériel. Les thèmes qui sont ressortis de l'analyse thématique ont été identifiés par les membres de l'équipe, qui en ont discuté et les ont reformulés. Résultats : L'étude suggère que les critères d'éligibilité à la gratuité ne sont pas toujours bien connus des bénéficiaires, ce qui peut entraîner des débordements involontaires. Elle révèle aussi l'adoption de pratiques pour contourner le respect strict des critères d'éligibilité à la gratuité, notamment pour en faire bénéficier les enfants de 5 ans et plus. Ces débordements délibérés résultent de tensions éthiques vécues par les bénéficiaires, et en soulèvent d'autres chez le personnel soignant. Des mécanismes sont mis en œuvre officieusement pour réconcilier les dissonances ressenties par les prestataires. Conclusion : La mise en œuvre de la politique de gratuité au Burkina Faso s'opère grâce à des mécanismes de réinvention locale pour surmonter les tensions éthiques liées au respect des critères d'éligibilité.

Mots-clés

gratuité des soins de santé, critères d'éligibilité, enjeux éthiques et déontologiques, abolition du paiement direct, Burkina Faso, équité, pays à revenus faibles ou modiques

Abstract

Background: While numerous studies have shown the positive impact of free healthcare policies, the ethical issues raised by these policies in low-income countries have received little attention. In Burkina Faso, in July 2016, user fees were removed at healthcare facilities for children under 59 months of age and for "mothers", i.e., for reproductive care. These eligibility criteria are, reportedly, sometimes difficult to comprehend or to enforce. The purpose of this study is twofold: 1) to understand the perceptions and practices of health workers and beneficiaries regarding compliance with eligibility criteria for free care and 2) to explore the ethical tensions that have arisen and possible ways of resolving them. Methodology: In late 2018, a cross-sectional qualitative study was conducted in five rural communities in Boulsa, Burkina Faso. Semi-directed individual interviews were conducted with healthcare personnel (n=10) and mothers of young children (n=10) who were purposefully selected with the assistance of community health workers. Interviews were recorded and transcribed. A thematic content analysis was conducted on all materials. Themes were identified, discussed and reformulated between team members. Results: The study reveals the presence of practices to circumvent strict compliance with the eligibility criteria for free access. Common circumventing practices include hiding the exact age of children aged 60 months or older and using eligible persons for stockpiling drugs or for receiving a free consultation for the benefit of other household members. These practices result from ethical and economic tensions experienced by the beneficiaries. But they also raise ethical dilemmas for healthcare providers since they have to enforce compliance with the eligibility criteria while realizing the financially precarious position of the households. Informal mechanisms are introduced at the community level to reconcile the healthcare providers' dissonance. Conclusion: The implementation of the user fee abolition policy in Burkina Faso is being carried out through local reinvention mechanisms to overcome ethical tensions related to the compliance with the eligibility criteria.

Keywords

free healthcare, eligibility criteria, professional and ethics issues, user fee abolition/removal, Burkina Faso, equity, low income countries

Affiliations

[a] Société d'Études et de Recherches en Santé Publique (SERSAP), Ouagadougou, Burkina Faso
[b] Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal, Montréal, Canada
[c] Centre de recherche en santé publique, Montréal, Canada
[d] Center for Applied Malaria Research and Evaluation, Department of Tropical Medicine, Tulane University, New Orleans, USA
Correspondance / Correspondence: Thomas Druetz, thomas.druetz@umontreal.ca

INTRODUCTION

Malgré les progrès significatifs enregistrés au cours des vingt dernières années, la mortalité maternelle et infantile demeure un problème majeur de santé publique dans les pays à revenus faibles ou modiques. Au Burkina Faso, pays classé 182e sur les 189 de l'index du développement humain (1), le taux de mortalité infantile était estimé à 7 600 pour 100 000 naissances vivantes en 2018, et le taux de mortalité maternelle à 320 pour 100 000 naissances vivantes – comparativement à une

2020 A Bila, F Bicaba, C Tiendrebeogo, A Bicaba, T Druetz. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

moyenne de 500 et 12 dans les pays à haut revenu, respectivement (2,3). Bien que ce lourd fardeau de mortalité soit provoqué par un ensemble de facteurs inter-reliés et relevant de différentes sphères (économique, sociale, biologique, environnementale, etc.), il est particulièrement important auprès des populations rurales et démunies (4-6) – la pauvreté et la ruralité agissant comme cause fondamentale, pour reprendre l'expression de Link et Phelan (7). Le cœur du problème réside dans le fait qu'une proportion importante de ces décès maternels et infantiles pourrait être évitée par des mesures préventives ou par une prise en charge thérapeutique appropriée (8-11). Par conséquent, pallier le manque d'accès à des soins de santé de qualité est une priorité, dans les objectifs de développement durable, particulièrement en ce qui concerne la politique pour la couverture sanitaire universelle (12-14).

Le Burkina Faso a pris diverses mesures pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé maternels et infantiles. Ainsi, dès 2006, il a introduit la politique de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, qui a permis de réduire de 80 % le prix des services de santé reproductive (15). En parallèle, plusieurs projets pilote ont été mis en œuvre dans certains districts pour abolir le paiement direct pour les consultations des enfants de moins de cinq ans (16). Finalement, en 2016, le pays a étendu à l'échelle nationale l'exemption totale du paiement direct dans les formations sanitaires publiques pour les soins maternels et infantiles (17). Cette exemption englobe les frais de consultation et de diagnostic, les médicaments prescrits, de même que le transport vers un hôpital de référence. Elle est effective pour tous les enfants de moins de cinq ans, peu importe le motif de consultation, et pour les soins liés à la reproduction (consultations pré- et post-natales, accouchements, césariennes, etc.).

Les études scientifiques ont démontré, au Burkina Faso comme ailleurs en Afrique sub-saharienne, que les politiques de gratuité entraînent une série de bienfaits pour la santé des populations. Ainsi, elles contribuent à augmenter le volume de consultations, à réduire les dépenses catastrophiques en santé, à diminuer les inégalités en santé, à raccourcir le délai avant consultation, et à diminuer la proportion d'accouchements à domicile (18-22). L'abolition du paiement direct améliorerait aussi certains indicateurs de morbidité et réduirait la mortalité néonatale (23-25). Les études de mise en œuvre ont, quant à elles, révélé un large soutien des communautés et du personnel soignant, en plus de déboulonner certains mythes à l'égard de la faisabilité ; cependant, elles ont aussi mis en lumière des difficultés concernant la qualité des soins, leur valorisation, le renforcement du système de santé, sans oublier l'enjeu fondamental de la pérennité des initiatives de gratuité (26-31). Enfin, les politiques de gratuité ne répondent qu'en partie aux problèmes de l'accès aux soins, puisqu'elles atténuent la barrière financière, mais n'agissent pas sur la barrière géographique ou socio-culturelle.

En dépit de ces nombreuses études, peu de connaissances ont été réunies à propos des enjeux éthiques qui entourent les politiques de gratuité. En particulier, alors que quelques écrits suggèrent que les critères d'éligibilité sont parfois difficiles à respecter et peuvent même donner lieu à des dilemmes ou à des tensions dans la communauté, cette dimension reste à explorer (32,33). Comment les acteurs perçoivent-ils les limitations de la gratuité, et comment se sont-ils approprié cette politique à travers leurs pratiques? Ce problème revêt encore plus d'importance au moment où les preuves s'accumulent au sujet de l'ampleur des besoins de certaines catégories d'individus non éligibles, notamment les enfants d'âge scolaire (34). L'objectif de cette étude est double : 1) comprendre les perceptions et les pratiques du personnel de santé et des mères (à la fois en tant que bénéficiaires et en tant qu'aidantes naturelles pour leurs enfants) à l'égard du respect des critères d'éligibilité à la gratuité des soins et 2) explorer les tensions éthiques qui en ont découlé de même que les éventuels modes de résolution au niveau communautaire.

MÉTHODOLOGIE

Une étude qualitative transversale a été réalisée dans le district sanitaire de Boulsa, au Burkina Faso, afin de comprendre les enjeux éthiques liés au respect des critères d'éligibilité à la gratuité des soins. Nous avons mené des entrevues individuelles semi-dirigées auprès des principaux bénéficiaires et prestataires de la gratuité, c'est-à-dire auprès des mères de jeunes enfants (n = 10) et des membres du personnel de santé (n = 10).

Les entrevues ont d'abord été réalisées auprès du personnel de santé jusqu'à atteinte de la saturation. Après une révision des notes personnelles et des échanges entre l'enquêtrice et les autres membres de l'équipe, le guide d'entrevue à réaliser auprès des mères a été retravaillé. Pour équilibrer le volume d'informations colligées entre les deux catégories de participants, dix autres entrevues ont été conduites avec des mères. À nouveau, la saturation a été atteinte. La collecte s'est tenue entre septembre et décembre 2018, alors que la mise en œuvre de la gratuité était en phase routinière, deux ans après son introduction.

Sites de la recherche

Cette étude a été menée dans cinq communautés rurales du district de Boulsa (Niega, Bonam, Boala, Yarcé et Zambanga). Le choix du district et des sites était raisonné, puisqu'il s'agissait d'identifier une zone sécuritaire et rurale, où des personnes de référence au sein de l'équipe-cadre du district étaient connues de l'équipe de recherche, et où il n'y avait pas eu de projet pilote de gratuité avant l'introduction de la politique nationale en juillet 2016. Le district de Boulsa est situé dans la région du Centre-Nord, à environ 100 km de la capitale, et comporte une population approximative de 210 000 habitants, desservie par 19 centres de santé primaires (35). Les sites ont été sélectionnés après consultation avec l'équipe-cadre du district, en prenant soin de sélectionner des communautés rattachées à un centre de santé primaire qui accompagnaient les femmes enceintes.

Recrutement des participants

Dans chaque centre de santé primaire, l'infirmier chef de poste a été approché et, après avoir exposé brièvement l'objectif de l'étude, nous avons cherché à obtenir son consentement. Nous avons ensuite approché, dans chaque centre, un membre du personnel dédié à la santé maternelle (sage-femme ou accoucheuse auxiliaire) afin de procéder à leur recrutement. Dans chacune des cinq communautés, deux ménages ont été identifiés grâce à l'entremise des agents de santé à base communautaire. Les critères d'éligibilité des ménages étaient de résider dans la communauté de façon durable et d'avoir au moins un enfant de moins de 5 ans. Dans chaque ménage, le chef a été informé du projet et, avec son consentement, une mère d'un enfant de moins de cinq ans a été approchée afin de procéder au recrutement.

Collecte de données

Pour le personnel de santé, les entrevues ont été réalisées au centre de santé, dans une salle de consultation, tandis que pour les mères, elles ont eu lieu à leur domicile. Toutes les entrevues étaient individuelles et semi-dirigées, avec un guide d'entrevue spécifique au type de participant. Elles ont été menées dans un local ou à un endroit à l'écart qui garantissait la confidentialité des répondants. Le guide a été légèrement enrichi au fur et à mesure de la collecte, notamment en ce qui concerne les sous-questions servant à relancer la discussion ou à approfondir un thème. Les entrevues avec les soignants ont duré approximativement 30 minutes, tandis que celles avec les mères ont duré entre 30 et 60 minutes. Elles ont toutes été réalisées par une seule enquêtrice, expérimentée en recherche qualitative.

Les entrevues ont été conduites en français ou en langue locale (mooré), selon la préférence du participant. Elles ont été enregistrées, retranscrites textuellement et traduites en français dans le cas de celles réalisées en mooré. Les retranscriptions ont été validées par une seconde personne qui a procédé à une nouvelle écoute des enregistrements audio originaux.

Analyses

Une analyse thématique de contenu a été réalisée sur l'ensemble du matériel (36). Nous avons développé une grille de codage commune et codé indépendamment les transcriptions ligne par ligne. Nous avons identifié les catégories dominantes au sein des données recueillies et les avons définies comme thèmes. Les thèmes initiaux ont été discutés avec les membres de l'équipe et reformulés au besoin – certains thèmes émergents ayant été acceptés comme significatifs ont été rajoutés. Nous avons réalisé un double codage pour nous assurer que les thèmes ont été compris de la même façon. Les rares divergences (n<10) ont donné lieu à des échanges et ont été réconciliées après clarification. Le logiciel QDA Miner a été utilisé pour faciliter les analyses.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso (Délibération #2018-6-075) et a reçu une autorisation de recherche du Ministère de la Santé du Burkina Faso (#2018-3032/MS/SG/DGESS/DSS). Tous les participants ont fourni un consentement par écrit après que l'enquêtrice ait expliqué les objectifs de l'étude, lu la fiche de consentement et se soit assurée que les informations étaient bien comprises. Les enregistrements audio et les retranscriptions ont été stockés sur un ordinateur dont l'accès était sécurisé. La participation n'a pas été rémunérée.

RÉSULTATS

Un total de 20 entrevues individuelles a été réalisé, dont 10 avec des prestataires et 10 avec des bénéficiaires. Les principales caractéristiques sociodémographiques des participants sont résumées dans le Tableau 1.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

	Mères	Agents de santé
Nombre d'entrevues	10	10
Type de ménage		
Monogame	4	SO
Polygame	6	SO
Nombre moyen d'enfants [écart]	4.4 [2-7]	SO
Nombre moyen d'enfants de moins de 5 ans [écart]	1.9 [1-3]	SO
Occupation principale du participant		
Activités ménagères	6	SO
Agriculture	2	SO
Commerce (marchand)	2	SO
Niveau d'éducation scolaire du participant		
Aucune	7	0
École primaire	3	0
École secondaire ou plus élevé	0	10
Fonction dans le centre de santé		
Auxiliaire accoucheuse	SO	3
Sage-femme	SO	2
Infirmier chef de poste	SO	5
Nombre moyen d'années de service [écart]	SO	5.5 [1-10]

Connaissances des critères d'éligibilité à la politique de gratuité

Tous les prestataires et les bénéficiaires connaissent l'existence de la politique de gratuité. Tous reconnaissent que cette politique s'applique aux femmes enceintes ainsi qu'aux enfants de 0 à 5 ans. Deux ambiguïtés demeurent à l'égard des populations cible. D'une part, les mères ne savent pas exactement si elles ont droit aux soins gratuits en post-partum, ni jusqu'à quand ; la limite officielle (soins gratuits en post-partum jusqu'à 42 jours après l'accouchement) est difficile à appréhender. D'autre part, il y a une ambiguïté concernant les enfants, car certains bénéficiaires pensent que la gratuité inclut les enfants de 5 ans, alors qu'elle les exclut et concerne en réalité les enfants de 0 à 59 mois.

Également, certaines mères affirment que la gratuité est de nature universelle, c'est-à-dire qu'elle couvre tous les types de soins pour les populations cible. Le personnel de santé confirme cette mauvaise interprétation et rappelle que selon les directives, la gratuité est universelle uniquement pour les enfants de 0-5 ans, et non pas pour les femmes enceintes. Pour ces dernières, seuls des soins spécifiques et liés à la grossesse sont gratuits. Ceci donne souvent lieu à des désaccords avec les membres de la communauté.

Pratiques de débordement des bénéficiaires

Tel que mentionné ci-dessus, le manque de connaissances des critères d'éligibilité stricts conduit à des situations où les mères (ou les personnes soignantes) risquent de se voir refuser des soins gratuits alors qu'elles considèrent de bonne foi pouvoir en bénéficier. Il y a aussi plusieurs pratiques délibérées de débordement, qui sont rapportées tant par le personnel de santé que par les mères, en vue d'étendre les bienfaits de la gratuité à des situations où celle-ci ne s'applique normalement pas. Une des pratiques les plus couramment rapportées consiste, pour les enfants de plus de 60 mois, à cacher l'âge exact ou à le prétendre plus jeune pour qu'il devienne admissible. Ces pratiques entraînent parfois une usurpation d'identité, lorsque des pièces d'identité d'un autre enfant de moins de 5 ans (par exemple le petit frère ou la petite sœur) sont amenées comme pièce justificative de l'âge.

> Souvent on amène l'enfant, vous-même vous voyez que l'enfant dépasse les cinq ans et elle dit que l'enfant n'a même pas cinq ans ; on n'envoie pas le carnet de l'enfant, donc c'est difficile de définir l'âge de l'enfant. (HP3)

> Si elles amènent le carnet du petit frère et venir dire que c'est son nom comme ça et c'est son âge comme ça. On ne peut pas savoir. (CG6)

Un autre exemple de débordement consiste à utiliser une personne admissible pour bénéficier d'une consultation gratuite au bénéfice d'un autre membre de la famille qui accompagne le bénéficiaire. Plusieurs mères (n=4) confirment avoir recours à cette pratique.

> Il faut se dire que les femmes-là qui viennent récupérer les produits, elles vont aller donner peut-être soit à leurs maris, soit à leurs coépouses ou soit peut-être à leurs enfants qui sont un peu plus grands, qui ne sont plus admissibles. (HP7)

> Plusieurs en tout cas font ça, amener le plus petit en consultation quand le plus grand est malade. (CG5)

> Si l'âge de l'enfant dépasse, tu sais qu'il ne peut plus bénéficier. Tu peux profiter du paracétamol du petit enfant pour donner au grand. (CG1)

> Même si ce n'est pas vrai toi aussi tu pars t'assoir fermer les yeux (rires). Pourvu qu'ils enlèvent le médicament te donner! Et tu viens garder pour donner à tes enfants. (CG2)

Or, cette pratique comporte des dangers, car le traitement administré pour un bénéficiaire n'est pas forcément celui que devrait avoir un autre membre de la famille.

> Elles ne savent pas la posologie là. Puisque si c'est un enfant de moins de cinq ans, si c'est un petit, par exemple, c'est un comprimé deux fois par jour, alors que si c'est un enfant qui a 6 ou 7 ans, l'enfant ne peut pas prendre un comprimé deux fois, il faut deux comprimés, deux fois par jour ; elle, elle ne sait pas, elle va dire si j'amène lui là, je vais payer alors que je n'ai rien pour payer, donc je suis obligé d'amener celui qui fait partie de la gratuité là pour pouvoir bénéficier des produits pour son grand-frère ; de fois c'est pas simple, elle ne va pas te dire que c'est pour aller donner à un autre enfant. (HP1)

Certains prestataires rapportent aussi que des bénéficiaires vont en consultation dans plusieurs centres de santé afin d'accumuler un plus grand stock de médicaments qui peuvent être utilisés soit pour soigner d'autres membres de la famille, soit pour constituer une réserve de médicaments qui pourront être utilisés plus tard.

> Oui d'autres femmes ici peuvent aller dans plusieurs centres de santé, c'est-à-dire qu'elles peuvent se lever consulter ici à Boala et ensuite aller consulter à Bonam. Elles font comme ça en tout cas, il y a des femmes qui le font pour avoir beaucoup de médicaments. (CG6)

> Au fur et à mesure on se rend compte qu'il y a des gens qui viennent deux fois, trois fois dans la semaine ou même des gens qui changent de CSPS pour aller se faire soigner pour prendre les médicaments aller donner à quelqu'un d'autre. (HP2)

Parfois cette pratique découle du manque de médicaments disponibles dans un centre de santé, ce qui amène certains bénéficiaires à aller consulter plusieurs fois dans des centres différents.

Certains débordements concernent spécifiquement les femmes en âge de procréer. D'une part, il arrive que certaines de ces femmes profitent de la gratuité lorsqu'elles sont enceintes pour régler des problèmes de santé qui ne relèvent pas de la grossesse. D'autre part, certaines femmes utilisent les consultations gratuites de leur jeune enfant comme prétexte alors qu'elles souhaitent bénéficier de conseils (confidentiels) sur la planification familiale.

> Oui, une femme va profiter de la grossesse même pour soigner ses maladies, ses anciennes maladies, c'est ça en tout cas. Elle profite de la grossesse pour soigner. Oui, pour soigner. (CG5)

> Pour faire la planification familiale, beaucoup [de femmes] profitent des soins gratuits des enfants pour le faire. (CG9)

Raisons invoquées du débordement

La principale raison avancée pour vouloir déborder du cadre strict d'admissibilité à la gratuité est directement liée à la vulnérabilité économique. Cette situation est présente pour la plupart des ménages, mais concerne particulièrement les femmes, car ces dernières n'ont pas d'activités génératrices de revenus et n'ont généralement pas de contrôle sur les finances du ménage. La décision revient généralement aux maris, qui ne sont pas souvent enclins à dépenser pour les soins de santé maternelle et infantile. Pendant la saison sèche et la période de « soudure », la capacité des ménages à dépenser est encore plus limitée dû à l'absence de récoltes.

> Il y a des gens, ça dépend du chef de famille, si tu es assise, tu n'as rien et que ton mari ne va pas te donner, si ça te chauffe, tu vas dire que tu vas chercher une solution en allant mentir sur l'âge de l'enfant. Chercher une solution pour… pour avoir les médicaments. (CG10)

Les mères affirment que la gratuité ne soulève pas d'injustice en soi puisque les mêmes critères d'éligibilité s'appliquent à tous les ménages. Par contre, le problème d'incapacité à payer pour les soins de santé se déplace sur les enfants plus grands, qui sont exclus non seulement de la gratuité, mais aussi de la plupart des interventions infantiles – telle que la chimioprophylaxie saisonnière du paludisme. Ce manque de considération pour les enfants plus âgés soulève des enjeux éthiques.

> Quand ça dépasse les 5 ans là en tout cas, tu as envie que ça redevienne 4 ans ou bien 3 ans. (CG6)

> C'est un problème pour nous, parce que si on dit que ce sont ceux qui ont 05 ans qui bénéficient et on choisit certains on donne et on ne donne pas à d'autres ; ça, c'est toujours un problème pour nous. (CG3)

> Par exemple le médicament de paludisme qu'ils donnent là, si un enfant a plus de 05 ans, ils le laissent et ils en prennent un autre. Pourtant, eux tous ils vont tomber malades de ça ; il faudrait nous aider avec tous les enfants. (CG1)

Un autre motif associé aux pratiques de débordement réside dans la peur ou l'anticipation de ne plus être admissible à la gratuité, ou bien que cette dernière rencontre des difficultés, notamment d'approvisionnement, qui empêcheraient la population d'en bénéficier. Cela conduit certains à accumuler un petit stock de médicaments à la maison, dans l'éventualité où les soins gratuits ne seront pas toujours accessibles.

> Tu profites de la grossesse et tu te fais soigner seulement. […] La grossesse va finir, tu vas aller où pour soigner ça? Pourvu que je sois libérée de cette maladie, quitte à dire que c'est quand j'ai pris la grossesse que la maladie est venue. (CG2)

> Par exemple, si mon enfant est malade, si j'arrive là-bas, si j'arrive on enlève le médicament pour donner... Le défaut c'est quand il n'y a pas de médicament là-bas. (CG3)

> Il y a des gens qui vont de CSPS en CSPS. […] Il peut aller consulter le matin ici, et comme c'est proche là, il peut faire deux formations sanitaires la même journée, pour récupérer les produits pour aller stocker. (HP9)

Les tensions éthiques vécues par le personnel soignant

Le personnel soignant dans les centres de santé affirme que la situation n'est pas facile pour eux. D'une part, ils sont soumis à la hiérarchie du système de santé et tenus de faire appliquer les directives, en l'occurrence le respect strict des critères

d'éligibilité à la gratuité. D'autre part, ils sont affectés par les difficultés financières encourues par les membres de la communauté, desquels ils partagent le quotidien. Il en résulte une tension de nature éthique et professionnelle dans la décision de prodiguer des soins gratuits ou payants.

> Nous, nous sommes des exécutants, donc ça fait que, quand c'est un cas comme ça [de débordement de la gratuité], c'est un peu très difficile, c'est un peu très difficile. (HP7)

> Moi, personnellement, ça, c'est moi, je loue la gratuité. Pourquoi je loue la gratuité aujourd'hui? Parce que c'est quand il y a eu la gratuité que moi j'ai compris que les gens sont pauvres. (HP5)

Dans un tel contexte de pauvreté, plusieurs soignants rapportent leur propre incapacité à faire respecter strictement les critères d'éligibilité, surtout auprès de ménages les plus vulnérables.

> De fois, on regarde la personne, si on voit que ça ne va toujours pas, on se sent obligé de l'aider, de l'inscrire dans la gratuité pour qu'elle puisse bénéficier. D'autres viennent, en regardant là, même cinq francs, ils n'ont pas ça. (HP1)

> Un cas de malnutrition comme ça, peut être que l'enfant dépasse [les 59 mois], mais physiquement, il n'est pas bien… Voilà, dans ces cas comme ça, ça arrive de dépasser, je pense que de fois, des situations s'imposent. (HP9)

Certains font aussi référence à leur éthique professionnelle, et justifient leur décision d'étendre la gratuité à des patients non éligibles au regard de leur engagement à atténuer la souffrance des individus.

> La maman insiste que son enfant a cinq ans, tu sais que l'enfant a plus de cinq ans, mais tu ne peux pas laisser l'enfant en train de souffrir… et puis la maman n'a rien amené [comme argent]. (HP10)

Finalement, plusieurs mentionnent leur étroite imbrication dans la communauté, et la nécessité de maintenir une bonne entente avec ses membres. Les refus de prodiguer des soins gratuits peuvent entraîner des conflits ou la crainte d'avoir une mauvaise réputation. Dans certains cas, cela motive une flexibilité de la part des soignants. Cette perspective est d'autant plus présente que les soignants reconnaissent que les pratiques de débordement sont parfois légitimes, car causées par des failles du système (ex. : ruptures de stock de médicaments).

> S'il n'y a pas le carnet, ça devient compliqué (rire)… Ce sont des disputes. Peut-être même la bagarre, elle va dire que c'est son enfant, que ce n'est pas comme ça. Voilà! Si bien que les agents de santé vont finir par soigner gratuitement. Il faut que vous finissiez par soigner gratuitement son enfant pour avoir la paix. (CG5)

> Imaginez, s'il y a une rupture ici des médicaments, on dit qu'il faut orienter ailleurs, puisque je ne peux pas le priver puisqu'il est dans la gratuité… Si je lui fais une prescription pour qu'il aille payer dans une pharmacie, c'est comme si la gratuité n'est pas effective dans notre aire sanitaire. (HP5)

Ajustement des pratiques du personnel soignant

Le personnel de santé a adopté diverses pratiques – officieuses – pour surmonter ces tensions. L'une d'entre elles consiste à exiger le carnet de santé des enfants en bas âge, afin de pouvoir vérifier leur âge. Également, il lui arrive de ne remettre qu'une partie du traitement et d'exiger que le patient revienne plusieurs fois pour prendre les doses successives, afin d'assurer un suivi étroit de l'état de santé du patient. Dans certains cas, l'administration du traitement peut même être directement observée.

> Il y en a d'autres même qui envoient l'enfant, ils savent que l'enfant a dépassé les cinq ans, mais pour pouvoir profiter, ils vont dire que l'enfant ne vaut pas. Si nous on voit que l'âge de l'enfant va amener trop de discussion on dit d'envoyer l'acte de naissance de l'enfant pour qu'on puisse faire la discussion. (HP1)

> Maintenant au lieu d'une boite, je donne une plaquette et je donne le rendez-vous deux jours après pour voir si l'enfant a pris les produits ; de fois les antibiotiques pour pouvoir couvrir le traitement de 8 jours, je peux mettre deux boites, mais je donne une boite, je garde l'autre là ; elle part donner et elle revient prendre l'autre. (HP2)

Mais le personnel soignant adopte aussi des pratiques de conciliation. Ainsi, il lui arrive d'utiliser la technique de l'oreille (c'est-à-dire exclure de la gratuité les enfants capables d'attraper d'une main l'oreille opposée en passant le coude par-dessus sa tête) pour faciliter l'inclusion dans la gratuité des enfants de petite taille. Également, ils se montrent flexibles vis-à-vis des points de césure de l'admissibilité (59^{e} mois pour les enfants, 42^{e} jour pour le post-partum), sachant que ceux-ci ont été choisis de façon arbitraire et ne sont pas aisément identifiables par la population. Ils privilégient aussi la sensibilisation des mères au

sujet de la gratuité, notamment face aux dangers de prodiguer les médicaments à d'autres personnes que le patient, de l'importance de respecter la posologie et d'amener rapidement les enfants en consultation en cas de fièvre.

> Tu inscris l'enfant dans la gratuité et tu lui donnes cinq ans… Ces cas-là, ce sont des enfants qui ont dépassé cinq ans de quelques mois, donc tu te dis que ça ne fait rien, avec les conditions de vie difficile des parents au village, ce n'est pas souvent facile. (HP10)

> Souvent on trouve des enfants qui viennent de dépasser un mois, on donne [les soins gratuitement], donc c'est vraiment la chance de tout un chacun. […] Il y a une marge de manœuvre. (HP9)

> D'abord, il faut se dire qu'il faut toujours sensibiliser les gens sur la gratuité parce que les gens n'ont pas en tout cas compris le système de la gratuité. (HP7)

DISCUSSION

Cette étude montre pour la première fois que l'introduction d'une politique de gratuité des soins s'accompagne d'enjeux éthiques vécus par les (non-)bénéficiaires et les prestataires, particulièrement en ce qui concerne le respect des critères d'éligibilité. Par exemple, les mères sont placées devant le choix de ne pas amener en consultation un enfant malade non éligible à la gratuité, ou bien d'essayer de lui faire bénéficier de soins gratuits par l'entremise d'un autre membre éligible. Quant aux prestataires, ils sont souvent confrontés à la décision de ne pas fournir de soins gratuits à une personne non éligible, au risque que cette dernière refuse les soins payants et parte sans avoir reçu de traitement. Les pratiques de débordement des patients et leur compréhension montrent à quel point il est difficile de justifier, dans les régions les plus pauvres, de ne réserver des soins gratuits qu'à une catégorie bien délimitée de la population. La délimitation même de ces critères, calquée sur les priorités des organisations internationales, soulève des enjeux d'asymétrie de pouvoir entre les organismes bailleurs de fonds et les États à faibles revenus récipiendaires, à qui bien souvent sont imposés les modalités d'application des politiques de gratuité. Au-delà de ces dimensions systémiques, notre démarche a plutôt consisté ici à explorer le vécu des acteurs impliqués dans la concrétisation de ces politiques, à l'interface du patient et du fournisseur de soins.

Les entrevues confirment la présence de certaines pratiques de débordement qui ont déjà été observées dans d'autres études sur les politiques d'exemption du paiement direct pour les soins de santé (18,37,38). Les raisons évoquées de ce débordement par les mères sont marquées par la présence de trois phénomènes qui permettent de mieux comprendre comment elles en arrivent à éprouver une tension de nature éthique dans un contexte de soins gratuits. Premièrement, ces pratiques s'expliquent par l'extrême vulnérabilité économique de certains ménages, qui n'ont pas les moyens de payer pour bénéficier de soins de santé. Alors que certaines études ont tenté de quantifier l'argent économisé par ménage grâce à la gratuité (39), il faut se rappeler que l'élimination du paiement direct ne permet pas automatiquement la constitution d'un coussin financier dans les ménages, lequel pourrait ensuite servir à payer pour les soins de santé des personnes non éligibles. On ne peut pas mettre de côté l'argent que l'on n'a pas, et il est erroné de penser que la gratuité permet aux ménages les plus pauvres de thésauriser pour l'avenir.

Deuxièmement, les pratiques de débordement sont associées à une faible autonomie décisionnelle des mères et à leur faible contrôle sur les ressources du ménage. Ces résultats corroborent ceux d'une récente revue systématique, qui a mis en exergue le fait que les mères ne jouissent pas du contrôle des ressources financières dans le ménage et doivent donc négocier avec le mari pour pouvoir payer les frais associés aux consultations (40). Tandis que la charge de s'occuper et de soigner les enfants repose principalement sur elles, les mères essaient d'étirer les critères d'éligibilité à la gratuité plutôt que de simplement constater, impuissantes, l'évolution de la maladie chez leur enfant.

Finalement, certaines participantes mentionnent un certain désaccord avec les critères d'éligibilité établis qui définissent arbitrairement des fenêtres temporelles de la vie pendant laquelle un individu peut bénéficier gratuitement des soins de santé. Sans comprendre pourquoi un problème de santé préexistant ne pourrait pas être soigné gratuitement pendant la grossesse, ou pourquoi les enfants de cinq ans révolus ne sont plus éligibles à la plupart des programmes de santé, il leur apparait justifié de vouloir contourner les critères d'éligibilité, car ceux-ci devraient être assouplis, voire étendus, pour un accès plus équitable aux soins de santé. Dans les ménages à faible revenu en milieu rural, l'expérience de vulnérabilité des enfants ne s'arrête pas soudainement à l'âge de 60 mois. Les préoccupations des mères font écho à plusieurs travaux qui ont soulevé l'importance de ne pas négliger la santé d'autres catégories vulnérables de la population, telles que les enfants de 5-14 ans ou les adolescents (41,42). De façon similaire, plusieurs écrits féministes ont souligné la manière avec laquelle la communauté internationale (incluant les agences onusiennes, la Banque mondiale et le Canada) a assimilé la santé des femmes à la santé des mères et réduit la femme à son utérus, notamment dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le Développement (43-45).

Ces enjeux sont connus des prestataires, qui perçoivent le manque d'agencement des bénéficiaires et sont sensibles à la vulnérabilité économique des ménages. Les prestataires éprouvent une tension éthique, car ils veulent agir pour soigner et soulager les souffrances des patients, mais ils se doivent aussi de faire respecter les directives officielles émises par le Ministère de la Santé. Cette situation les conduit à se montrer flexibles, quitte à ne pas respecter strictement les critères d'éligibilité. Des études ont montré la présence de pratiques et de tensions similaires vécues par les cliniciens dans des pays à haut revenu qui, en présence de patients vulnérables et non couverts par une assurance, modifiaient leurs rapports afin de

les rendre admissibles à des exemptions ou à des remboursements (46,47). Il faut toutefois remarquer que de tels enjeux éthiques rencontrés par le personnel de santé ont rarement été étudiés dans les pays à faibles revenus, et encore moins dans les centres de santé primaires des milieux ruraux (48). Or, nos résultats suggèrent que les cliniciens sont confrontés d'une manière encore plus flagrante à ces enjeux, car ils résident bien souvent dans la communauté et partagent les conditions de vie de ses membres.

Durant les entrevues, les infirmiers n'ont jamais fait directement référence à un problème de nature déontologique en cas de refus de prise en charge gratuite d'une personne non éligible. Ils n'ont pas non plus évoqué de possibles récriminations officielles pour avoir manqué à leurs obligations professionnelles dans un tel cas de figure. À l'inverse, toujours à l'égard des patients non éligibles, les infirmiers se sentent exposés à des répercussions de nature professionnelle s'ils prodiguent des soins gratuitement. L'examen des règles déontologiques et des obligations juridiques auxquelles sont soumis les cliniciens, qu'il s'agisse d'infirmiers ou de médecins, dépasse le cadre de cette étude et reste à examiner dans un contexte de gratuité. Afin de diminuer les tensions éthiques qu'ils éprouvent et d'éviter les conflits avec la communauté, les cliniciens ont introduit des pratiques de conciliation (tels que le suivi rapproché des patients ou le traitement en observation directe, qui étaient déjà des pratiques recommandées dans la relation soignant-soigné) qui permettent de limiter les débordements sans se montrer inflexibles. Ces modes de réinvention de la politique (c'est-à-dire les changements non anticipés qui sont apportés par les prestataires ou les bénéficiaires lors de l'opérationnalisation d'un programme pour en favoriser l'implantation) sont importants pour permettre l'adaptation de la politique de gratuité au contexte local, pour favoriser son acceptabilité et pour optimiser son efficacité réelle dans des conditions de mise en œuvre routinières à l'échelle nationale (49). Toutefois, la marge de manœuvre des acteurs locaux est limitée et ne permet pas de contourner un problème majeur associé à la mise en œuvre des politiques de gratuité, à savoir les fréquentes ruptures de stock en médicaments (21). Dans une double logique, ces ruptures justifient à la fois les pratiques de débordement des bénéficiaires et la flexibilité affichée par les prestataires quant au strict respect des critères d'éligibilité.

En fin de compte, et bien que des enjeux éthiques se posent à son égard, la politique de gratuité ne soulève pas de sentiment d'injustice ou de colère dans la population. Ses imperfections n'empêchent pas la politique de gratuité de recevoir le soutien des bénéficiaires et du personnel de santé, et ce malgré l'augmentation de la charge de travail qui incombe à ces derniers. Ses bienfaits sur la santé maternelle et infantile sont reconnus unanimement, ce qui renforce les attentes qu'ont certains à la voir s'étendre à d'autres populations cible (*horizontal scale-up*) ou à d'autres types de soins – telle que la planification familiale (*diversification* ou *functional scale-up*) (50).

Certaines limites de l'étude doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. D'abord, l'étude a été réalisée dans un nombre limité de villages (5) situés dans un district du Burkina Faso et ne prétend pas être représentative des perceptions et pratiques partout au Burkina Faso. Toutefois, tandis que nous menons une recherche sur la politique de gratuité depuis de nombreuses années au Burkina Faso, rien n'indique que les problèmes liés au respect des critères d'éligibilité et à l'implantation de la gratuité soient différents dans les milieux ruraux d'autres régions. Un biais de désirabilité sociale et la peur de répercussions négatives peuvent avoir affecté les réponses, notamment en raison de la nature sensible du sujet, qui s'apparente à des cas de fraude (36). Afin de limiter autant que possible ce biais, nous avons eu recours à une enquêtrice expérimentée, habituée à aborder des sujets sensibles, et les participants ont été à plusieurs reprises assurés de la confidentialité de leurs réponses et de l'absence de répercussions négatives potentielles.

CONCLUSIONS

Le Burkina Faso est l'un des premiers pays d'Afrique sub-saharienne à avoir introduit une politique nationale de gratuité des soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes. Tout en améliorant considérablement l'accès aux soins de santé d'une proportion importante de la population, la barrière financière demeure présente pour les personnes non éligibles, ce qui soulève des enjeux éthiques auprès des personnes soignantes des ménages les plus vulnérables et auprès des prestataires. Les résultats montrent comment les pratiques de ces acteurs se sont adaptées à l'égard du respect des critères d'éligibilité, entraînant une réinvention locale de la politique de gratuité. Ils attirent aussi l'attention sur le déplacement du fardeau que représente le coût des soins de santé sur les enfants de cinq ans et plus, qui demeurent non éligibles pour un bon nombre d'interventions de santé publique.

Reçu/Received: 1/07/2020

Publié/Published: 16/11/2020

Remerciements
Nous aimerions remercier toute l'équipe de la Société d'Études et de Recherche en Santé Publique (Ouagadougou), les autorités sanitaires du district de Boulsa, et tous les participants à l'étude. Nous sommes reconnaissants du soutien financier du Centre de recherches pour le développement international (Ottawa) et du Fonds pour la recherche en santé du Québec (Québec).

Acknowledgements
We would like to thank the entire team of the Société d'Études et de Recherche en Santé Publique (Ouagadougou), the health authorities of Boulsa district, and all the participants in the study. We are grateful for the financial support of the International Development Research Centre (Ottawa) and the Fonds pour la recherche en santé du Québec (Québec).

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Patrick Gogognon & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Louis Patry & Rey Jean-Loup

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

REFERENCES

1. United Nations Development Program. Human Development Report 2019. New York: United Nations Development Programme; 2019.
2. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Hug L, Sharrow D, You D, Hereward M, Zhang Y. Levels & Trends in Child Mortality; Report 2019. New York: UNICEF; 2019.
4. Denno DM, Paul SL. Child health and survival in a changing world. Pediatr Clin North Am 2017;64(4):735-54.
5. Okwaraji YB, Edmond KM. Proximity to health services and child survival in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2012;2(4):e001196.
6. Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Third edition. ed. Washington, DC: World Bank; 2016.
7. Link B, Phelan J. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. Am J Public Health. 2002;92(5):730-2.
8. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet. 2006;367(9516):1066-74.
9. Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. Lancet 2003;362(9380):323-7.
10. Ng M, Fullman N, Dieleman JL, et al. Effective coverage: a metric for monitoring Universal Health Coverage. PLoS Med. 2014;11(9):e1001730.
11. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet 2015;385(9966):430-40.
12. Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ. 2017; 95(7):537-9.
13. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson MI, et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals. Lancet. 2015;386(10009):2119-21.
14. Rutherford ME, Mulholland K, Hill PC. How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa: systematic review. Trop Med Int Health. 2010;15(5):508-19.
15. Ganaba R, Ilboudo PGC, Cresswell JA, et al. The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: what are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16:84.
16. Ridde V. De la généralisation à la suppression du paiement direct : une histoire de politiques publiques et de projets pilotes. In: Olivier de Sardan J-P, Ridde V, eds. Une politique publique de santé et ses contradictions La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Paris: Karthala; 2014: 480.
17. Gouvernement du Burkina Faso. Décret présidentiel N°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016. Ouagadougou; 2016.
18. Druetz T, Fregonese F, Bado A, et al. Abolishing fees at health centers in the context of community case management of malaria: what effects on treatment-seeking practices for febrile children in rural Burkina Faso? PLoS One. 2015;10(10):e0141306.
19. Bassani DG, Arora P, Wazny K, et al. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13 Suppl 3:S30.
20. Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OM. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. Health Policy Plan. 2014; 29(2):137-50.
21. Hatt LE, Makinen M, Madhavan S, Conlon CM. Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services: a review of literature. J Health Popul Nutr. 2013;31(4 Suppl 2):67-80.
22. De Allegri M, Ridde V, Sarker M, et al. The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity - Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. J Public Health Pol. 2012;33(4):439-53.

23. McKinnon B, Harper S, Kaufman JS, Bergevin Y. Removing user fees for facility-based delivery services: a difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. Health Policy Plan. 2015;30(4):432-41.
24. El-Khoury M, Hatt L, Gandaho T. User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali. Int J Equity Health. 2012;11:49.
25. Qin VM, Hone T, Millett C, et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. BMJ Glob Health. 2018;3(Suppl 3):e001087.
26. Tama E, Molyneux S, Waweru E, et al. Examining the implementation of the free maternity services policy in Kenya: a mixed methods process evaluation. Int J Health Policy Manag. 2018;7(7):603-13.
27. Bicaba F, Browne L, Kadio K, et al. National user fee abolition and health insurance scheme in Burkina Faso: How can they be integrated on the road to universal health coverage without increasing health inequities? J Global Health. 2020;10(1):0103019.
28. Carasso BS, Lagarde M, Cheelo C, Chansa C, Palmer N. Health worker perspectives on user fee removal in Zambia. Hum Resour Health. 2012;10(1):40.
29. Druetz T, Bicaba A, Some T, et al. Effect of interrupting free healthcare for children: Drawing lessons at the critical moment of national scale-up in Burkina Faso. Soc Sci Med. 2017;185:46-53.
30. Brunet-Jailly J. Gratuité des soins ? Ce qu'il faudrait prouver…. Afrique contemporaine. 2018;265(1):123-39.
31. Ridde V, Queuille L, Ndour M. Nine misconceptions about free healthcare in sub-Saharan Africa. Development Studies Research. 2014;1(1):54-63.
32. Pardeshi G. Identifying beneficiaries for user fee waivers: ethical challenges in public health. Indian J Med Ethics. 2014;11(2):108-10.
33. Nimpagaritse M, Bertone MP. The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. Health Policy Plan. 2011;26(Suppl 2):ii63-71.
34. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, et al. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. Lancet. 2020;395(10224):605-58.
35. Ministère de la Santé. Annuaire Statistique 2016. Ouagadougou: Ministère de la Santé du Burkina Faso; 2017.
36. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014.
37. Ridde V, Diarra A. A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). BMC Health Serv Res. 2009;9:89.
38. Qiu M, Jessani N, Bennett S. Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health. Int J Equity Health. 2018;17(1):155.
39. Abdou Illou MM, Haddad S, Agier I, Ridde V. The elimination of healthcare user fees for children under five substantially alleviates the burden on household expenses in Burkina Faso. BMC Health Serv Res. 2015;15:313.
40. Plouffe V, Bicaba F, Bicaba A, Druetz T. User fee policies and women's empowerment: a systematic scoping review. BMC Health Serv Res. 2020;20:982.
41. Masquelier B, Hug L, Sharrow D, et al. Global, regional, and national mortality trends in older children and young adolescents (5–14 years) from 1990 to 2016: an analysis of empirical data. Lancet Global Health. 2018;6(10): e1087-e99.
42. Bhutta ZA, Victora C, Boerma T, et al. Optimising the continuum of child and adolescent health and development. Lancet. 2019;393(10176):1080-2.
43. Thomas LM. Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya. Berkeley: University of California Press; 2003.
44. Tiessen R. 'Walking wombs': making sense of the Muskoka Initiative and the emphasis on motherhood in Canadian foreign policy. Global Justice: Theory Practice Rhetoric. 2015;8(1):74-93.
45. Harman S. Women and the MDGs: too little, too late, too gendered. In: Wilkinson R, Hulme D, eds. The Millennium Development Goals and Beyond. London: Routledge; 2012.
46. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. Physicians' responses to resource constraints. Arch Intern Med. 2005;165(6):639-44.
47. Weiner S. I can't afford that! J Gen Inter Med. 2001;16(6):412-8.
48. Sippel D, Marckmann G, Ndzie Atangana E, Strech D. Clinical ethics in Gabon: the spectrum of clinical ethical issues based on findings from in-depth interviews at three public hospitals. PLoS One. 2015;10(7):e0132374.
49. Perez D, Lefevre P, Castro M, et al. Process-oriented fidelity research assists in evaluation, adjustment and scaling-up of community-based interventions. Health Policy Plan. 2011;26(5):413-22.
50. Simmons R, Fajans P, Ghiron L. Scaling up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes. Geneva: WHO, 2007.