



Entre 14 000 et 19 000 vies d'enfants de moins de cinq ans pourraient être sauvées par un passage à l'échelle nationale de l'exemption du paiement des soins expérimentée dans la région du Sahel au Burkina Faso.

Mira Johri (mira.johri@umontreal.ca), Valéry Ridde, Rolf Heinmüller, Fortuné Sossa, Slim Haddad

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, comme dans de nombreux pays à faible revenu, la plupart des interventions reconnues comme efficaces pour sauver des vies d'enfants ne sont pas suffisamment mises en œuvre [1]. Cette note présente les résultats d'une évaluation de l'impact sur la santé des enfants d'une expérimentation organisée par la direction régionale de la santé et l'ONG HELP depuis 2008 dans deux districts (Dori et Sebba) de la région du Sahel. L'intervention financée par l'union européenne (ECHO) souhaite améliorer l'utilisation des services de santé par la suppression du paiement direct au point de service. Elle a été jugée efficace pour améliorer l'accès aux soins de tous, y compris les plus pauvres, tout en maintenant la qualité des soins et en étant appréciée par toutes les parties prenantes [2]. Mise à part une simulation réalisée dans 20 pays africains sur la base des changements de couverture à la suite de la suppression du paiement des soins en Afrique du Sud, au Kenya, à Madagascar et en Ouganda il y a plusieurs années [3], aucune analyse des impacts sur la santé de ce type d'intervention utilisant des données d'évaluation d'une intervention en situation réelle n'a encore été réalisée à ce jour.

En 2010, on estime le nombre d'enfants de moins de cinq ans à 77 126 dans les deux districts d'intervention, à 175 288 dans la région du Sahel et à 2 943 625 dans tout le pays [4]. Environ 100 000 décèdent chaque année et le Burkina Faso est classé au neuvième rang des pays du monde pour son taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans [5].

La recherche vise à répondre à trois questions. Quels sont les impacts estimés de l'intervention sur la mortalité infanto-juvénile i) dans les deux districts où elle a été organisée ii) à l'échelle de la région sanitaire du Sahel si l'intervention était déployée dans toute la région, iii) à l'échelle du Burkina Faso si l'intervention était déployée dans tout le pays ?



METHODE

Nous avons estimé les impacts de l'intervention sur la survie de l'enfant grâce à un modèle de simulation (The Lives Saved Tool (LiST)) reconnu internationalement et déjà utilisé par le Ministère de la santé du Burkina Faso [6]. Il permet de proposer des projections de la réduction de la mortalité infanto-juvénile lors de l'augmentation de la couverture d'interventions reconnues efficaces. Compte tenu des incertitudes concernant les niveaux de couverture de ces interventions dans les deux districts en 2008 (certaines données étant difficiles à trouver), la recherche est réalisée sur la base de trois différents scénarii, soit une couverture faible, moyenne ou élevée des interventions. Les niveaux de couverture étant mieux connus à l'échelle nationale, l'analyse sur ce plan repose sur deux scénarii de niveau de mortalité, élevé ou faible. L'estimation des effets sur la survie de l'enfant est réalisée à partir de paramètres de couverture de ces interventions provenant de multiples sources : enquêtes ménages avant et un an après l'intervention, estimations du Ministère de la santé et des agences des Nations Unies, enquêtes démographiques de santé, etc. Les scénarii proposent l'estimation de l'impact de l'intervention après seulement un an (2009) et comparent la situation avant et un an après l'intervention.

RESULTATS

Dans les deux districts d'expérimentation, pour une couverture moyenne, on estime qu'elle a permis de sauver 581 (95% IC¹: 180, 871) vies d'enfants de moins de cinq ans en un an. Si cette intervention était organisée à l'échelle de la région du Sahel, le modèle estime une réduction de 11% (95% IC: 3%, 16%) de la mortalité des moins de cinq ans et 1 323 (95% IC: 409, 1 983) vies sauvées. Pour une couverture faible des interventions, on estime que l'intervention a permis de sauver 470 (95% IC: 180, 649) vie d'enfants de moins de cinq ans. Si cette intervention était organisée à l'échelle de la région du Sahel, le modèle estime une réduction de 9% (95% IC: 3%, 12%) de la mortalité des moins de cinq ans et 1 071 (95% IC: 409, 1 479) vies sauvées. Pour une couverture élevée des interventions, on estime que l'intervention a permis de sauver 760 (95% IC: 180, 1 010) vies d'enfants de moins de cinq ans. Si cette intervention était organisée à l'échelle de la région du Sahel, le modèle estime une réduction de 14% (95% IC: 3%, 19%) de la mortalité des moins de cinq ans et 1 731 (95% CI: 409, 2 300) vies sauvées.

Tableau 1 : nombre de vies sauvées (et IC à 95%) après un an d'intervention centrée sur l'exemption du paiement des soins

Couverture des interventions	Deux districts d'expérimentation	Région du Sahel (quatre districts)
Faible	470 (180 ; 649)	1 071 (409 ; 1 479)
Moyenne	581 (180 ; 871)	1 323 (409 ; 1 983)
Élevée	760 (180 ; 1 010)	1 731 (409 ; 2 300)

¹ L'intervalle de confiance (IC) permet d'estimer la fourchette la plus probable (dans 95% des cas ici) du nombre calculé. Autrement dit, on estime le nombre de vies sauvées compris entre 180 et 871.



Sur la base de ces résultats, le modèle estime que si l'intervention était mise en œuvre à l'échelle du pays, elle permettrait une réduction de 16% (95% IC : 5%, 25%) de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Le passage à l'échelle nationale de l'intervention permettrait de sauver 18 982 (95% IC: 5 670, 28 340) vies d'enfants de moins de cinq ans, si l'on utilise les estimés des agences internationales de la mortalité infantile au Burkina Faso qui sont plus élevés que ceux du pays. Si l'on utilise les chiffres de mortalité infanto-juvénile proposés par le pays, on estime que 13 709 (95% CI: 4 195, 19 238) vies d'enfants de moins de cinq ans seraient sauvées.

Tableau 2 : pourcentage de réduction de la mortalité infanto-juvénile et nombre de vies sauvées (et IC à 95%) après un an d'intervention centrée sur l'exemption du paiement des soins si l'expérimentation était organisée à l'échelle du pays

Taux de mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans)	% de réduction de la mortalité infantile (IC à 95%)	Nombre de vies sauvées après un an à l'échelle du pays (IC à 95%)
Élevé (LiST par défaut) 168 pour 1 000	16% (5% ; 25%)	18 982 (5 670 ; 28 340)
Faible (LiST révisé) 129 pour 1 000	16% (5% ; 25%)	13 709 (4 195 ; 19 238)

CONCLUSION

Ces résultats sont fondés sur les effets calculés à partir de deux districts dont on ne peut mécaniquement supposer leur reproduction parfaite ailleurs dans le pays. La précision de l'extrapolation des effets à l'échelle nationale pourrait être renforcée par des données de plus grande ampleur si l'expérimentation était étendue ailleurs dans le pays. Cependant, les résultats confirment les effets bénéfiques de cette intervention qui souhaite participer à la réduction de la mortalité des enfants en améliorant l'utilisation des services de santé par la suppression du paiement au point de service. L'estimation d'une réduction de 16% de la mortalité infanto-juvénile et du nombre de vies sauvées (entre 14 000 et 19 000), avec des données concernant seulement un an d'intervention et une approche méthodologique très conservatrice, est très importante lorsque l'on sait qu'environ 100 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque année au Burkina Faso. Si le Burkina Faso suit sa tendance à la baisse de la mortalité infantile depuis les années 1990, nous savons qu'à ce rythme il ne pourra cependant pas atteindre l'objectif du millénaire pour le développement en 2015 concernant les enfants (OMD 4). Or, la présente estimation des effets de la suppression du paiement des soins montre que cette option pourrait soutenir le Burkina Faso dans sa lutte contre la mortalité infanto-juvénile et sa volonté de se diriger vers les OMD [5] dans un délai raisonnable.



Les auteurs remercient le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ainsi que AFRICSanté (Burkina Faso) pour son soutien à la collecte et la saisie des données et Ludovic Queuille pour sa lecture critique des versions précédentes ce document.

Cette note et d'autres documents concernant l'accessibilité financière aux soins de santé en Afrique de l'Ouest sont disponibles sur les sites de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>), de la communauté de pratique HHA « Accès financier aux services de santé » (<http://www.hha-online.org/hso/financing/knowledge>) et de l'ONG HELP (www.help-ev.de).

Références :

1. UNICEF. The state of the world's children 2009. Maternal and newborn health. New York: United Nations Children's Fund New York: UNICEF, 2009.
2. Ridde V, Queuille L, Atchessi N, Samb O, Heinmüller R, Haddad S. A user fees abolition experimentation evaluation for vulnerable groups in Burkina Faso. Field Actions Science Reports [Online], 2012; Special Issue 8 | 2012, Online since 06 November 2012, Connection on 09 November 2012. URL : <http://factsreports.revues.org/1758>.
3. James C, Morris SS, Keith R, Taylor A. Impact on child mortality of removing user fees: simulation model. Br Med J 2005; 331(7519): 747-9.
4. INSD. État et structure de la population. Ouagadougou, Burkina Faso: Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2009.
5. Committing to child survival. Under-five mortality dashboard. Data from: <http://www.childmortality.org> (Access Date : Dec 21, 2012). 2012.
6. Bryce J, Friberg IK, Kraushaar D, et al. LiST as a catalyst in program planning: experiences from Burkina Faso, Ghana and Malawi. Int J Epidemiol 2010; 39 (Suppl 1): i40-7.