



International Development  
Research Centre



CRDI

Centre de recherches pour le  
développement international



AGENCE FRANÇAISE  
DÉVELOPPEMENT

CHUM  
CENTRE DE RECHERCHE

## Les plus pauvres bénéficient aussi de la réduction des coûts des accouchements au Burkina Faso

V. Ridde, S. Kouanda, A. Bado, N.. Bado et S. Haddad

***Cette note présente les résultats d'une recherche effectuée auprès de toutes les femmes ayant accouchées dans le district de Ouargaye afin d'évaluer l'efficacité de la subvention nationale des accouchements (SONU) organisée en 2007. L'étude montre une réduction de la moyenne des dépenses médicales entre 2006 et 2010 de 65%. Cette réduction des dépenses a plus profité aux femmes du quintile inférieur de revenu qu'à celles du quintile supérieur. Le risque de dépenses excessives a été considérablement réduit et il est devenu quasiment nul pour la plupart des groupes sociaux.***

### 1. L'introduction

L'Union Africaine a réclamée en 2010 que l'on supprime le paiement des accouchements au point de service dans le secteur public [1]. En 2007, le Burkina Faso a, au contraire, décidé de subventionner à hauteur de 80% les coûts des accouchements eutociques. Les femmes ne doivent plus payer que 20%, soit 900 F CFA dans un centre de santé de première ligne. De plus, les femmes qualifiées d'indigentes doivent être totalement exemptées, soit selon nos calculs 23% des accouchements attendus selon la politique nationale [2]. L'objectif de la politique est d'augmenter l'utilisation des services et de réduire les coûts pour les ménages. Cette note analyse l'efficacité de la politique ainsi que la distribution de ses bénéfices selon le niveau de richesse des ménages ou la distance de leur domicile par rapport au centre de santé.

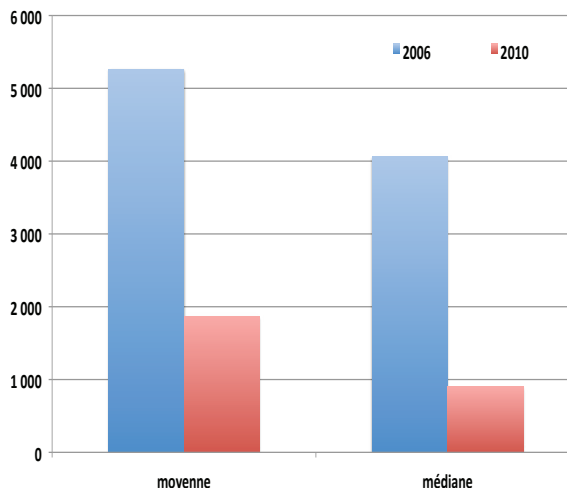
### 2. La méthode

L'étude se déroule dans un district sanitaire rural de 260.000 habitants (Ouargaye). L'analyse est basée sur les résultats de deux enquêtes ménages transversales effectuées avant (2006; n= 1170 femmes) et après (2010; n= 1035) la politique. Le même questionnaire sur les dépenses (médicales et non médicales) a été utilisé en 2006 et 2010 à la même période de l'année auprès de toutes les femmes ayant eu un accouchement normal dans un centre de santé public au cours des six dernières semaines. Les dépenses de 2006 ont été corrigées pour l'inflation afin de les rendre comparables à celles de 2010. Les dépenses médicales directes d'accouchements concernent le ticket modérateur, les frais d'accouchements, les médicaments payés auprès du personnel de santé ou du responsable communautaire du dépôt de médicaments, les frais d'hospitalisation et d'analyses. Un index reflétant le statut socioéconomique des ménages a été établi par analyse factorielle, en fonction des avoirs recensés. Les ménages ont été ensuite répartis en quintiles. Le risque de dépenses excessives est mesuré au regard de la dispersion des dépenses et du décompte des ménages ayant des dépenses extrêmes avant et après la subvention [3].

### 3. Les résultats

#### Une réduction importante des dépenses médicales

Les dépenses médicales se sont considérablement réduites entre 2006 et 2010, tant pour la moyenne que la médiane (Figure). Elles sont passées d'une médiane de 4.060 F CFA en 2006 à 900 F CFA en 2010 ( $p < 0,001$ ), soit une baisse de 78%.



La proportion des ménages qui sont à risque de dépenses médicales excessives occasionnées par l'accouchement est passée de 6%-12% en 2006 à 1%-2,5% en 2010. Dans l'ensemble, une infime partie de la population est donc maintenant sujette à des dépenses excessives. Cependant, les données montrent que si les femmes doivent officiellement payer 900 F CFA pour les accouchements eutociques en 2010, 50% affirment déboursier plus de 900 F CFA (médiane). C'est essentiellement au niveau des dépenses de produits médicaux et médicaments que l'écart est constaté, que ces derniers soient achetés directement auprès du soignant ou dans la pharmacie communautaire du CSPS. Une recherche qualitative va tenter de comprendre cet écart.

Les dépenses moyennes totales d'accouchement sont passées de 8 920 F CFA en 2006 à 5 744 F CFA en 2010 tandis que les médianes de 7 366 F CFA en 2006 à 4 750 F CFA en 2010, soit une baisse de 35% pour la médiane ( $p= 0,001$ ). La part des dépenses médicales dans les dépenses totales en moyenne est passée de 59 % en 2006 à 32% en 2010 (médiane de 55% à 19%).

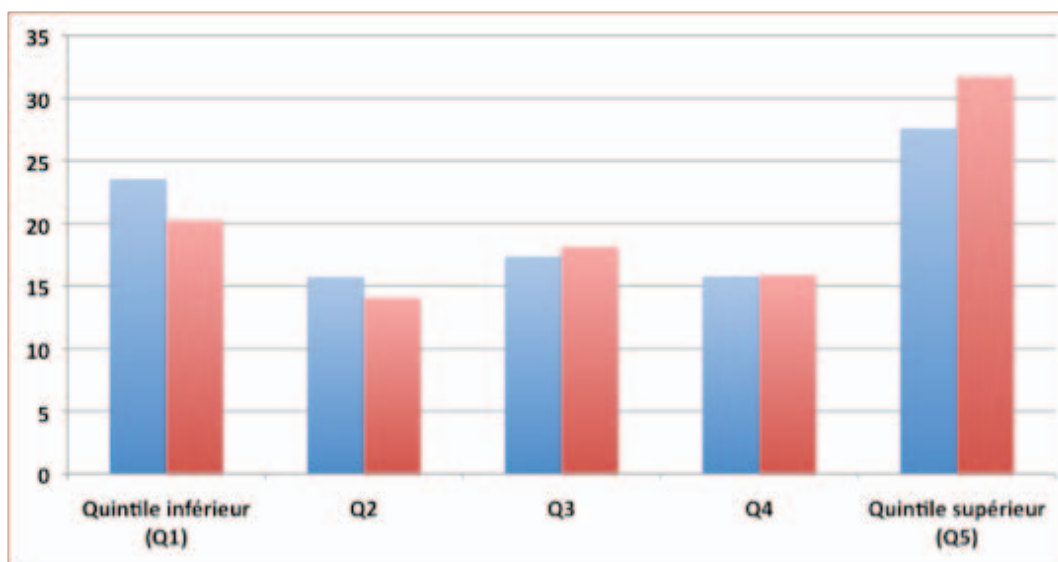
#### Des inégalités d'utilisation qui ne se sont pas exacerbées

Le partage de la consommation de l'utilisation des services de santé pour les accouchements assistés était égalitaire en 2006. Les femmes vivant dans le quintile de revenu inférieur (Q1) utilisaient selon une même proportion les centres de santé pour accoucher que les femmes du quintile de revenu élevé (Q5). Mais si l'on prend en compte le besoin (soit la natalité, puisque les femmes du quintile inférieur font plus d'enfants), ce sont les femmes du quintile supérieur qui consomment plus les services de santé que les autres ; cette consommation inégalitaire se constatant dans le monde entier. Cependant, les données de 2010 montre que cette situation n'a pas été changée après la mise en œuvre de la politique de subvention. Autrement dit, si la politique n'a pas été en mesure de changer cette inégalité d'utilisation, elle n'a, en rien, exacerbée ces inégalités qui pré-existaient. Tant le ratio (Q5/Q1) que la différence (Q5-Q1) d'utilisation entre les femmes des quintiles supérieurs et inférieurs sont restés stables entre 2006 (ratio = 1,3 et différence = 7,1) et 2010 (1,3 et 7,3).



## Une réduction des dépenses favorables aux plus pauvres

Les ménages du quintile inférieur sont ceux qui ont le plus profité de la réduction du coût des soins. L'évolution de la distribution des bénéfices concernant les dépenses médicales est parfaitement progressive, c'est-à-dire que les femmes des ménages des quintiles inférieurs ont plus profité de la politique de subvention que les autres. Alors qu'en 2006 (bleu), les dépenses des femmes du quintile inférieur représentaient 23,5% des dépenses de toutes les femmes de l'enquête, elles ne représentent en 2010 (rouge) plus que 20,2% ; tandis que pour les femmes du quintile supérieur, ces dépenses passent de 27,6% à 31,7%. Le graphique montre cette redistribution équitable avec la baisse des dépenses médicales pour les femmes du quintile inférieur (-14%) et la hausse pour celles du quintile supérieur (+ 15%).



De surcroît, la proportion de ménages à risque de dépenses excessives baisse sensiblement pour toutes les femmes, quel que soit leur revenu ou leur lieu d'habitation. Les utilisatrices du quintile inférieur et demeurant à moins de 5 km des centres sont celles qui voient leur risque de dépenses excessives baisser le plus (une baisse comprise en 86,2% et 100%). Le gain est réel mais moins marqué pour les femmes demeurant à plus de 5 km des centres de santé du fait de la barrière géographique.

## L'exemption du paiement pour les indigentes s'améliore mais reste loin des objectifs

En 2006, seulement 3% des femmes ayant accouché dans les centres de santé déclarent ne rien avoir payé au point de service. En 2010, ce taux est passé à 7%. Alors que 23% des accouchements attendus en 2010 devraient être totalement exonérés pour les indigentes, seulement 10% du quintile des plus pauvres n'ont rien payé au point de service. Cependant, alors qu'en 2006 les femmes du quintile supérieur bénéficiaient de la plus grande part des exemptions, en 2010, l'exemption profite d'abord aux femmes du quintile inférieur. Cette amélioration est certainement liée à une recherche-action mise en place dans ce district depuis 2007 [4].

## 4. Conclusion

La politique de subvention des accouchements au Burkina Faso a été plus efficace pour réduire les dépenses médicales au point de service que celles organisées dans les autres pays africains (Ghana, Kenya ou Sénégal). De plus, toutes les catégories de la population ont pu bénéficier de cette politique, y compris les plus pauvres. Le risque de dépenses excessives a été considérablement réduit et il est quasiment nul désormais pour la plupart des groupes sociaux. Mais malgré la subvention, le fardeau des dépenses reste important pour les femmes, la moitié payent plus que ce qu'elles ne devraient et peu d'indigentes sont totalement exemptées.

Il reste donc des progrès à réaliser pour rendre cette politique plus efficace et encore plus équitable. Tout comme le suggèrent l'Union Africaine ainsi que l'OMS [5] et comme la promis le Président de la République début 2010, l'exemption du paiement au point de service pour tous doit être envisagée pour tendre vers la couverture universelle. Cependant, l'offre de soins en SONU doit aussi être renforcée compte tenu de ses faiblesses actuelles [6] et des stratégies doivent être rapidement déployées pour agir sur la barrière géographique de l'accès aux soins.



### Références :

1. African Union, Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 - 27 July 2010 Kampala, Uganda. 2010.
2. Ministère de la Santé, Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. . 2006, Ministère de la Santé: Ouagadougou. p. 66.
3. Mukherje, S., S. Haddad, and D. Narayana, Social class related inequalities in household health expenditure and economic burden: evidence from Kerala, south India. *International Journal of Equity Health*, 2011. 10(1:1).
4. Ridde, V., M. Yaogo, Y. Kafando, K. Kadio, M. Ouedraogo, A. Bicaba, and A. Haddad, Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*. 2011, 34 (4) 333-342
5. WHO, The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage. 2010, Geneva. p. 106.
6. IRSS, Évaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en santé de la reproduction au Burkina Faso. rapport provisoire. 2010, Institut de recherche en sciences de la santé-CNRST: Ouagadougou. p. 346.

### Remerciements :

Cette note est tirée du programme de recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest » qui porte sur les politiques nationales relatives à l'exemption de paiement des soins. Le programme est co-dirigé par J.P. Olivier de Sardan (LASDEL, Niger) et V. Ridde (CRCHUM/Université de Montréal-Canada et IRSS-CNRST, Burkina Faso), et co-financé par l'AFD (France) et le CRDI (Canada), il se déroule sur trois ans au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Pour la présente étude, nous tenons à remercier le programme IMMPACT pour avoir mis à notre disposition les données de l'enquête de 2006 ; le personnel de santé, l'équipe du district et les femmes de Ouargaye ainsi que Bertrand Meda, Yamba Kafando et Kadidiatou Kadio pour leur soutien à la collecte des données.

Autres notes d'informations du programme disponibles à : <http://www.lasdel.net/gratuit%E9.htm> ou <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/ressrc.htm>

- Olivier de Sardan, J.-P., Ridde, V., Diarra, A., & Ousseni, A. (2010). Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger. Note d'information n° 1. Mars 2010 (pp. 5.).
- Ridde V., Kouanda S. & Yaogo M. La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso. Note d'information n° 2. Novembre 2010 (pp. 4.).
- Escot F. Positionnement de la presse vis-à-vis des politiques d'exemption de paiement des soins au Mali et au Niger. Note d'information n° 3. Février 2011 (pp. 4.).

