



La gratuité des services aux mères et aux enfants au Burkina Faso améliore fortement et durablement l'accès et la fréquentation des services

S. Haddad (slim.haddad@umontreal.ca), D. Zombré, L. Queuille et V. Ridde

INTRODUCTION

L'amélioration de l'accès des enfants de moins de cinq ans à des soins de première ligne de qualité et la promotion de l'accouchement assisté par du personnel qualifié sont au cœur des stratégies d'action visant à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. La santé des mères et des enfants du Burkina Faso demeure précaire et leurs besoins sont considérables. En 2010, l'OMS estime la mortalité maternelle à 560 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 166 pour 1 000 naissances vivantes [1]. Pourtant un enfant sur deux seulement était en 2010, conduit à un centre de santé lors d'un épisode de maladie [2]. De plus, les inégalités d'accès aux services de santé persistent. Ainsi, les derniers estimés disponibles montrent que la couverture en services essentiels (contraception, accouchement, vaccination, soins aux enfants) est de 52% pour les femmes et les enfants issus des familles les plus défavorisées, alors qu'elle est de 71% dans le groupe des plus nantis [3].

Le gouvernement du Burkina Faso subventionne depuis 2007 le prix des accouchements réalisés dans les établissements publics en couvrant 80% du prix. Le conseil des ministres a ratifié le Document de plaidoyer pour la gratuité du continuum des soins mère/enfant (dont les accouchements) en 2010 et la Politique nationale de protection sociale de 2012 propose l'extension de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Depuis 2008, l'ONG Help et la direction régionale de la santé du Sahel expérimentent dans deux districts sanitaires la gratuité complète des soins aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes et allaitantes. L'intervention est accompagnée d'un renforcement de la supervision et des capacités du personnel, afin de maîtriser la croissance des coûts et garantir la qualité des services. Une première note de synthèse a permis de montrer qu'après un an, l'intervention avait permis une augmentation très importante de l'utilisation des services [4]. La présente note rend compte de l'ampleur et de la persistance des changements attribuables à l'intervention fin 2011, plus de trois ans après son démarrage.

METHODE

Les analyses reposent sur trois sources principales :

- i) deux enquêtes de recours aux soins, réalisées sur un même échantillon représentatif de 1 214 ménages résidant dans le district de Dori. Ces ménages ont été visités une première fois en juillet-août 2008, un mois avant le déploiement d'intervention ; puis une seconde fois, 12 mois plus tard.
- ii) une collecte dans les registres de consultation d'un échantillon de 12 centres du district de Dori et six centres d'un district de comparaison où les consultations sont toujours payantes (Djibo). L'analyse porte sur l'évolution de la fréquentation des centres de santé par trois types d'enfants selon la distance de leur résidence (0-4 km ; 5-9 km ; 10 km et plus). La fenêtre d'observation couvre une période de 66 mois (56 précédant l'intervention et 12 la suivant).



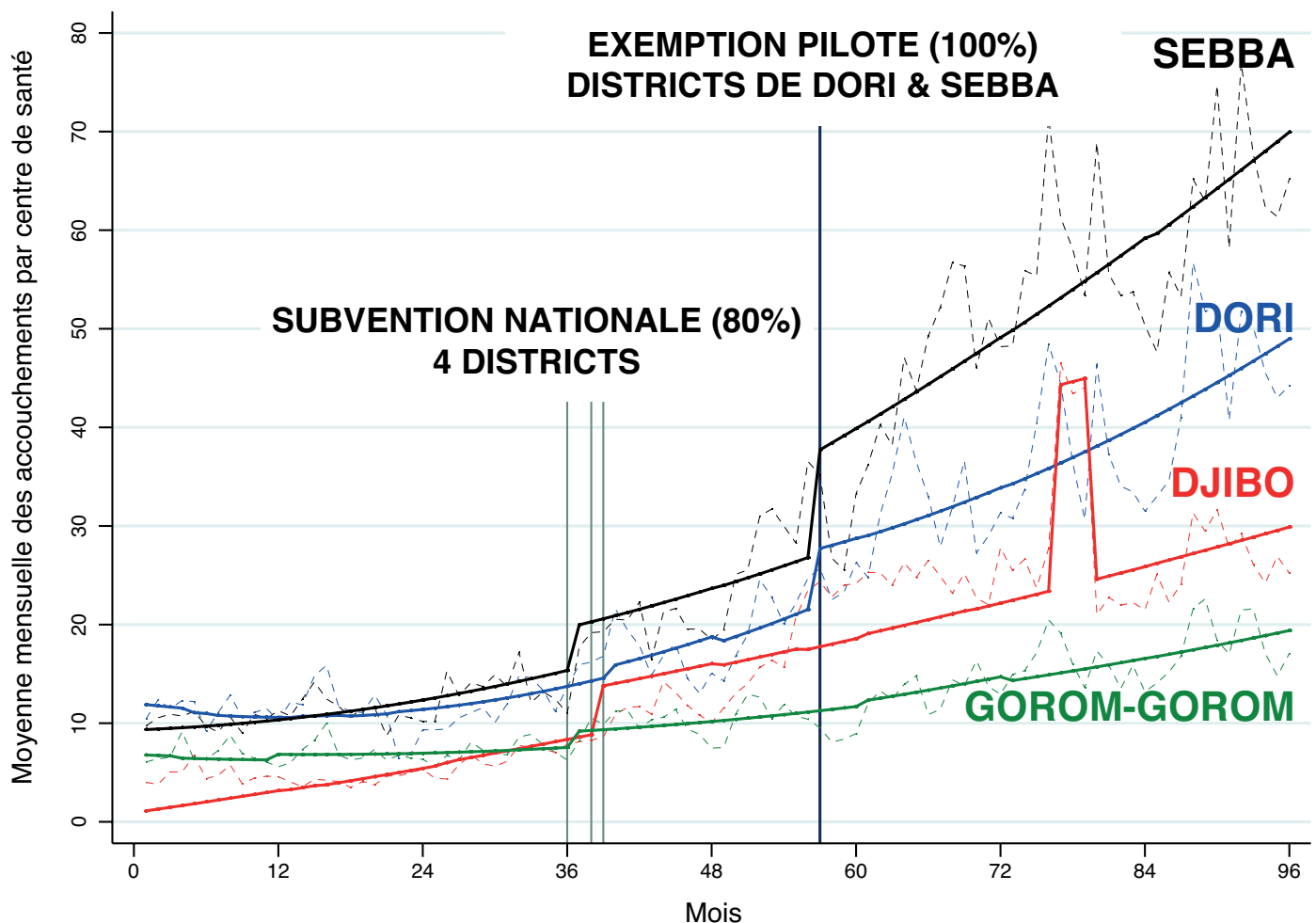
iii) une base de données administrative longitudinale fournie par les services des statistiques d'information sanitaire nationale. Les données portent sur l'évolution du nombre d'accouchements et d'enfants consultants par mois dans chacun des centres de santé (CSPS) des quatre districts de la région sanitaire du Sahel (les deux districts d'intervention et les deux dans lesquels les services sont toujours payants). La fenêtre d'observation couvre une période de 96 mois (janvier 2004 – décembre 2011).

RESULTATS

L'extension de la subvention jusqu'à la gratuité a permis d'accroître davantage les accouchements assistés

Le recours à un CSPS pour l'accouchement suit une tendance à la hausse dans chacun des districts (figure 1). Cette hausse concerne d'abord les districts de Sebba et Dori où l'accouchement est gratuit depuis septembre 2008. En 2011, on observe environ 65 accouchements par mois par centre dans le district de Sebba et 45 dans celui de Dori. Cette augmentation est pour une large part attribuable à l'intervention. Le pic observé entre le 74ème et le 80ème mois pour le district de Djibo s'explique par une mesure coercitive temporaire à l'initiative de certaines communes.

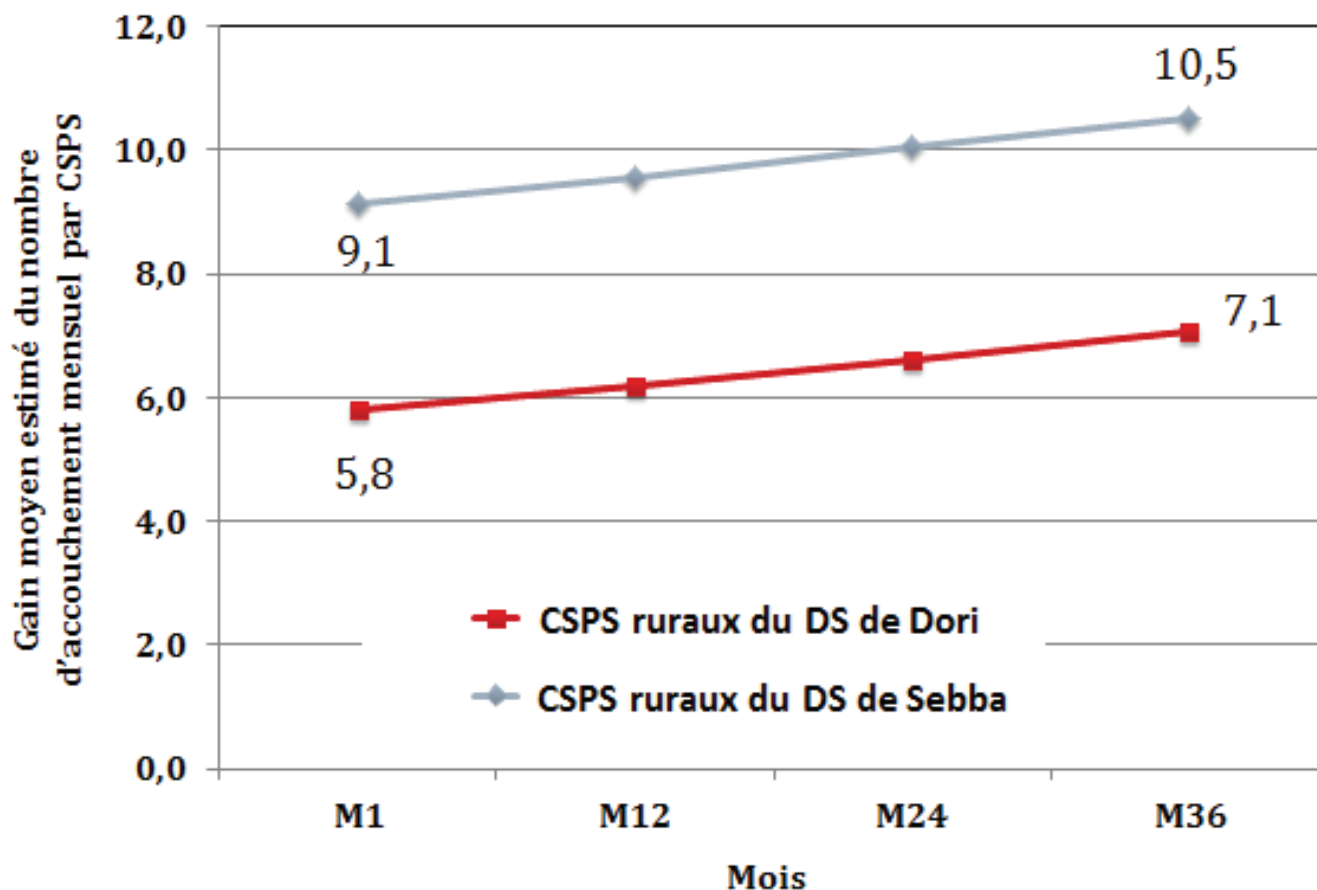
Figure 1 : évolution du nombre moyen mensuel d'accouchements par centre de santé rural et par district de 2004 à 2011





La figure 2 rend compte des gains attribuables à l'intervention exprimés en nombre d'accouchements mensuels supplémentaires par CSPS. Ces estimés correspondent à l'effet net de l'intervention, après avoir tenu compte de la croissance engendrée par la tendance naturelle, la croissance de la population cible et, bien sûr, des effets de long terme engendrés par la subvention nationale instaurée en 2007. Ils sont fournis pour quatre horizons temporels afin d'examiner la durabilité des effets observés : dans le mois suivant l'intervention puis, un, deux et trois ans après.

Figure 2 : gains moyens estimés du nombre d'accouchement mensuel par CSPS en milieu rural un mois, un, deux et trois ans après la gratuité



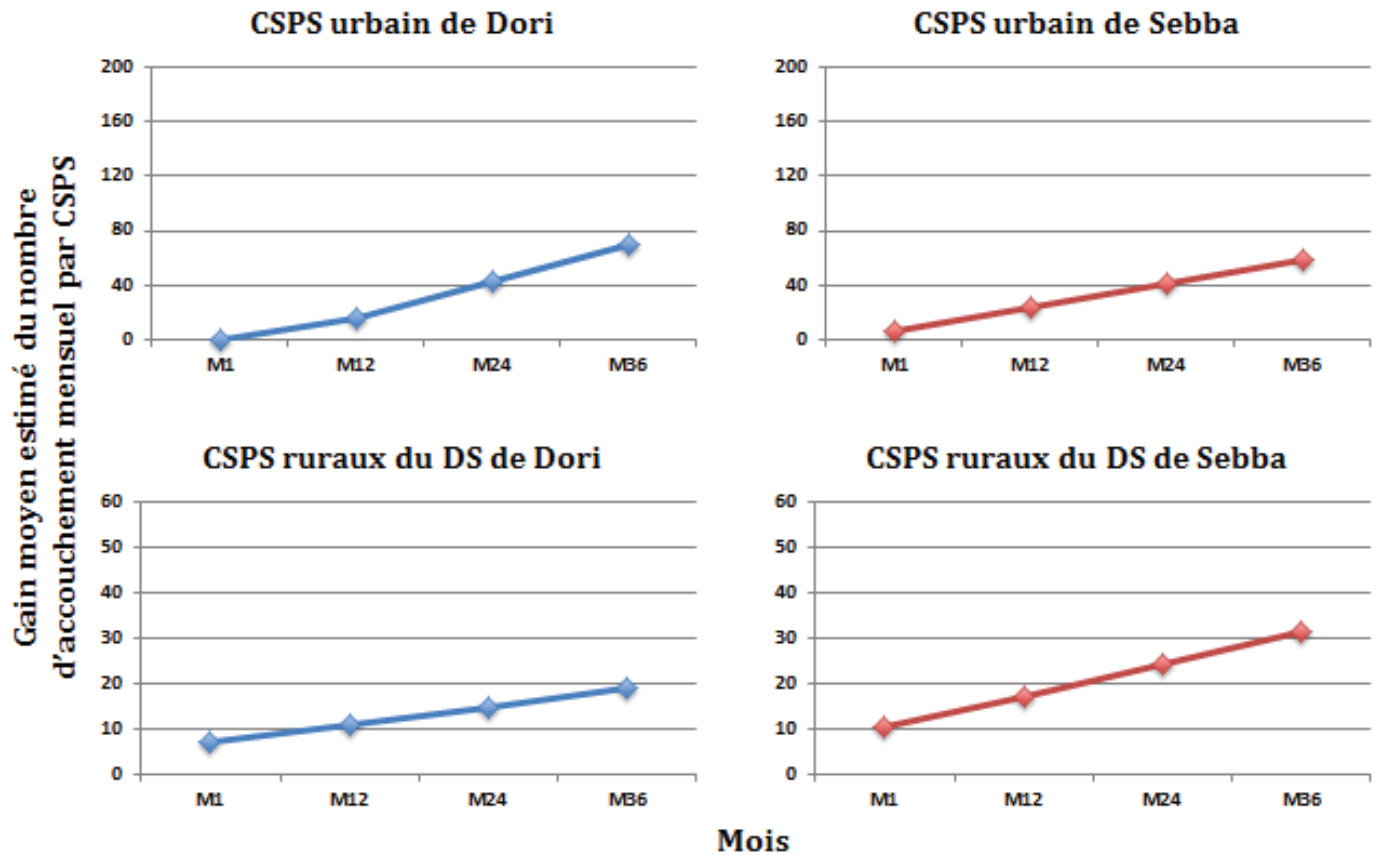
Dans le mois suivant son déploiement, l'intervention a entraîné 9,1 accouchements supplémentaires dans les CPCS ruraux du district de Sebba et 5,8 dans ceux de Dori. Cet effet a continué à progresser. Trois ans plus tard, le gain attribuable à l'intervention est de 10,5 accouchements par mois dans les CPCS ruraux du district de Sebba et 7,1 dans ceux de Dori. Dans les deux districts, trois ans après l'intervention, elle contribue à accroître de 30% l'activité des CPCS en matière d'accouchements.

Ces résultats montrent donc que le passage de la subvention à la gratuité a été profitable aux populations concernées et que ses bienfaits sont durables.



Les résultats présentés plus haut se centrent sur la valeur ajoutée de l'intervention. « La gratuité » est venue prolonger la subvention gouvernementale instaurée en 2007. L'effet combiné des deux interventions (subvention + gratuité) est encore plus substantiel (figure 3). Sur une période de trois ans, la mise en œuvre de la gratuité totale a entraîné le doublement du nombre d'accouchements mensuels (un quadruplement au CSPS urbain de Dori) par rapport à la situation prévalent antérieurement.

Figure 3 : gains en accouchements assistés attribuables à la combinaison des deux interventions conduisant à la gratuité

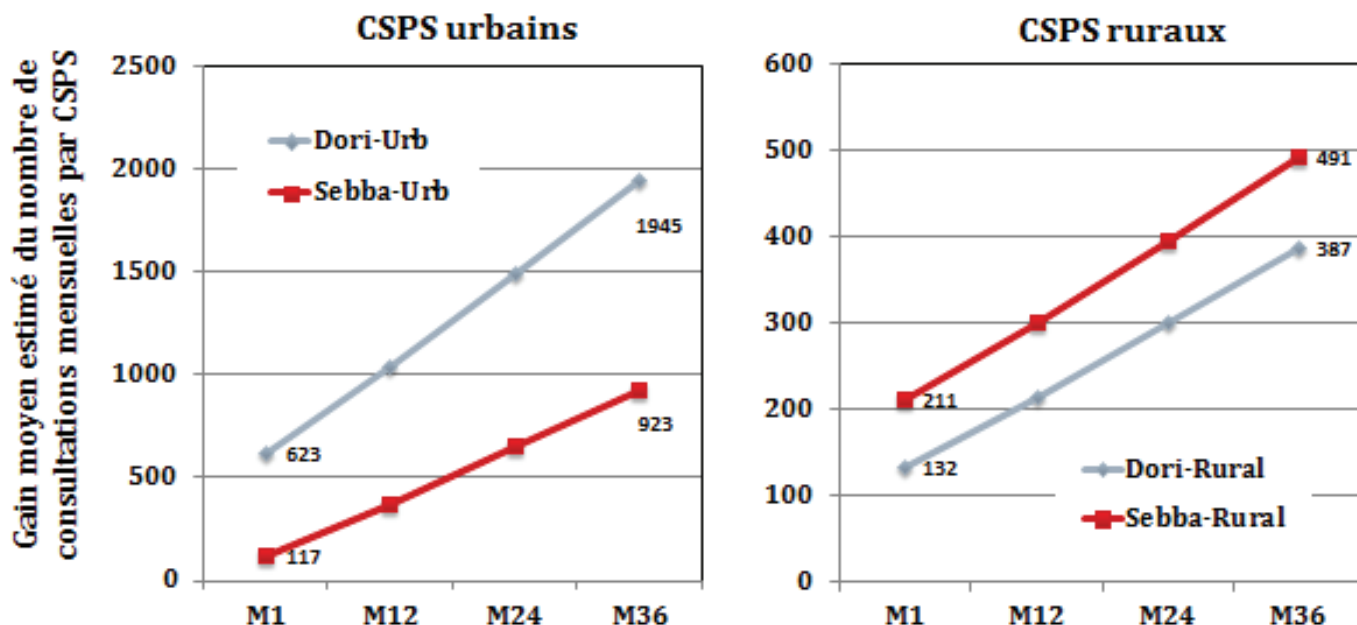


La gratuité pour les enfants de moins de cinq ans a considérablement et durablement accru la fréquentation des centres de santé

L'augmentation de la fréquentation des centres a été immédiate, importante et durable. Aucun changement significatif n'est observé dans les districts témoins. La fréquentation a augmenté de deux tiers dans les centres de santé ruraux dès le premier mois (+ 63%). Comme le montre la figure 4, trois ans après, l'incidence de l'intervention sur les CSPS ruraux du district de Dori est de près de 400 consultants de plus par mois (500 dans les CSPS ruraux de Sebba). Le gain est considérable dans les centres de santé urbains : près de 2 000 à Dori et 1 000 à Sebba par mois. Il s'accroît tout au long de la période d'observation de 36 mois.



Figure 4 : gains moyens estimés du nombre de consultations mensuelles par CSPS urbains et ruraux un mois, un, deux et trois ans après la gratuité



Les populations défavorisées profitent de la gratuité

La progression des consultants dans les centres exposés à l'intervention est à peu près comparable pour les enfants selon la distance de leur résidence (tableau 1). La progression la plus importante est celle des usagers demeurant dans un rayon de 5 à 9 km, cette clientèle constituant en début de période d'observation, la plus petite fraction des utilisateurs (environ 1 consultant par jour par centre).

Tableau 1 : effets de la gratuité après 12 mois sur la fréquentation des CPCS par les enfants de moins de cinq ans selon leur lieu de résidence

Résidence des utilisateurs en kilomètres	Nombre moyen d'utilisateurs par jour AVANT l'intervention (1)	Nombre moyen d'utilisateurs par jour APRES l'intervention (2)	Gain attribuable à l'intervention	
			Différence Avant -Après (2-1)	Ratio de risques (2/1)
d < 5km	1,78	3.93	2,15	2,21 [1,74- 2,79]
5 km ≤ d < 10 km	0,98	2.38	1,40	2,43 [1,92- 3,09]
d ≥ 10 km	1,68	2.97	1,29	1,77 [1,39-2,24]
Tous	4,44	9.29	4,85	2,09 [1,67-2,63]

(1) : valeur moyenne par jour et par centre, estimée pour les 12 mois précédents l'intervention, après contrôle par modélisation de Poisson de la tendance séculaire, des effets saisonniers, et de l'évolution démographique des aires de santé

(2) : valeur moyenne estimée pour les 12 mois suivant l'intervention selon la même procédure

(2-1) : gain exprimé en termes de consultants supplémentaires par jour et par centre

(2/1) : rapport des moyennes estimées avant et après. Tous les ratios sont statistiquement significatifs (p<0,0001)



L'analyse des recours aux soins des enfants du panel de ménages douze mois après la mise en œuvre de l'intervention montre que l'exemption profite globalement à la population, que le besoin de santé soit élevé ou non, que les enfants demeurent à proximité ou loin du CSPS (tableau 2).

Tableau 2 : effets de la gratuité après 12 mois sur la pension des enfants de moins de cinq ans à recourir au CSPA selon leur condition, le lieu de résidence et le niveau de revenu du ménage¹

Caractéristique		Ratio de risque [IC 95%]	Rapport des ratios de risques (1/2)
Gravité (vie de l'enfant en danger) 5 km ≤ d < 10 km	oui (1)	1,69 [1,22-2,32]	1,16 [0,75 - 1,79]
	non (2)	1,46 [1,10-1,93]	
Résidence	d < 5km (1)	1,42 [1,09-1,85]	0,79 [0,53-1,19]
	d ≥ 5km (2)	1,79 [1,31-2,43]	
Revenu	Q1 (1)	1,13 [0,73-1,74]	0,65 [0,43 -0,99]
	Autres (2)	1,73 [1,43-2,09]	
Tous		1,52 [1,23-1,88]	

(1/2) : rapport ligne (1) sur ligne (2)

Les bénéfices sont significatifs pour le groupe des enfants vivant dans les familles qui ne figurent pas parmi la tranche des plus démunis (les second, troisième et quatrième quartiles). Mais, la situation apparaît plus complexe lorsqu'on examine les effets sur les enfants des ménages les plus pauvres (premier quartile, Q1). Les analyses montrent que les effets de l'intervention auprès des enfants pauvres varient selon leur condition de santé et leur lieu de résidence. L'existence d'un gain significatif chez les enfants de familles pauvres n'est démontrée que lorsque le besoin de santé est important et que les services sont proches (tableau 3). C'est pour ces enfants que le bénéfice est maximal. Le ratio de risque (proportion estimée d'enfants utilisant le centre après l'intervention sur la proportion avant l'intervention) est de 5.23 (p<0.02). Autrement dit, les pauvres sont ceux qui bénéficient le plus de l'intervention dans le groupe des enfants demeurant à faible distance du centre de santé et dont l'épisode était jugé sévère. Le bénéfice est moindre et non significatif pour les enfants dont le besoin de santé est jugé important, mais qui vivent à plus de 5 km d'un centre de santé (RR = 1.28 ; IC = [0.90 ; 1.82]). On n'observe pas de gain pour les enfants pauvres dont le besoin est jugé moins important, quel que soit l'effort à accomplir pour rejoindre un centre de santé.

Tableau 3 : effets de la gratuité sur la fréquentation des CSPA par les enfants de moins de cinq ans selon l'appréciation des parents de la gravité de l'épisode de maladie de l'enfant

Gravité	Résidence	Tranche de revenu		
		Premier quartile	Autres quartiles	Gain relatif
		Ratio de risque (1)	Ratio de risque (2)	Rapport des RR (1/2)
Vie menacée	d < 5 km	5,23 [1,30-20,9]	2,23 [1,29-3,86]	2,35 [0,44-12,45]
	d ≥ 5 km	1,28 [0,90-1,82]	1,56 [0,87-2,79]	0,82 [0,40-1,66]
Vie non menacée	d < 5 km	0,87 [0,39-1,95]	1,90 [1,23-2,92]	0,46 [0,20-1,04]
	d ≥ 5 km	1,15 [0,54-2,47]	1,65 [1,20-2,27]	0,70 [0,34-1,42]

Les valeurs entre crochets indiquent les intervalles de confiance des ratios de risque (RR)

¹ Le niveau de revenu des ménages a été estimé à l'aide d'un score composite tenant compte des possessions du ménage.



L'exemption a réduit les dépenses encourues pour le traitement des enfants

Un an après la mise en place de la gratuité, le montant épargné pour le traitement d'un enfant est en moyenne d'environ 2 500 francs CFA. Ce gain est très substantiel lorsqu'il est mis en perspective avec la faible capacité contributive des ménages ruraux du pays (dont 46% vit avec moins de 275 F CFA par jour). Le tableau 4 permet de comparer les effets de l'intervention sur les dépenses médicales (frais de consultation et de traitement, médicaments et tout autre frais médical chargé lors de la visite au centre de santé) dans trois strates de consultants définies en fonction de la gravité de l'épisode de maladie, la résidence et l'appartenance au quart de la population le plus pauvre. On voit que tous tirent profit de l'exemption (tableau 4). Les distributions des dépenses se sont considérablement resserrées et 85% des épisodes de soins sont totalement gratuits. Les écarts à l'intérieur de chacun des groupes ont été substantiellement réduits après l'intervention, que l'on considère les enfants dont le besoin est faible ou élevé, les enfants pauvres ou moins pauvres ou ceux demeurant à proximité ou non du centre de santé.

Tableau 4 : effets de la gratuité après 12 mois sur les dépenses médicales (F CFA) en faveur des enfants de moins de cinq ans selon leur condition, le lieu de résidence et le niveau de revenu du ménage

Strate	Moyenne				Médiane	
	2008	2009	Gain moyen		2008	2009
Maladie grave (1)	2 650 (2 039)	309 (854)	-2 341	-88%	2 125	0
Maladie non grave	3 027 (2 217)	468 (1 532)	-2 559	-85%	2 600	0
d < 5km	3 080 (2 239)	221 (638)	-2 859	-93%	2 550	0
d >= 5km	2 508 (1 939)	791 (2 087)	-1 717	-68%	2 250	0
Premier quartile	2 898 (2 237)	670 (1 230)	-2 228	-77%	2 450	0
Autres	2 957 (2 167)	348 (1 365)	-2 609	-88%	2 500	0
Tous	2 893	414	-2 479	-86%	2 450	0

(1) : appréciation de la mère en réponse à une question portant sur une menace présumée de la vie de l'enfant

CONCLUSION

L'extension de la subvention de l'accouchement au point qu'il devienne gratuit a permis de rejoindre davantage de femmes et contribué à l'augmentation des accouchements assistés. Les mesures destinées à offrir des soins gratuits aux enfants sont efficaces. Leurs effets perdurent plus de trois ans après le début de l'intervention et sont donc durables. Les enfants, particulièrement vulnérables, en tirent aussi largement avantage quel que soient leurs besoins de santé, leur condition économique ou leur éloignement du centre de santé. Il n'y a pas eu de captation des bienfaits de l'intervention par les populations privilégiées.

Mais il est clair que ces mesures ne lèvent que certaines barrières à l'accès aux soins. Leurs retombées sont plus limitées auprès des familles pauvres et de celles demeurant à distance des formations sanitaires. Cette recherche montre qu'il faut étendre la subvention à l'exemption du paiement et la compléter de dispositifs permettant de réduire l'incidence des autres barrières afin de favoriser l'utilisation des services par les enfants les plus défavorisés.



Cette note et d'autres documents concernant l'accessibilité financière aux soins de santé en Afrique de l'Ouest sont disponibles sur les sites <http://www.help-ev.de/en/projects/burkinafaso/> (ONG HELP) et <http://www.equitesante.org/helpburkina/>.

Références :

1. OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2011. OMS: Genève. p. 24 & 26.
2. INSD and ICF International, Demographic and health survey and multiple indicators of Burkina Faso 2010. 2012, National Institute of Statistics and Demography (NISD) and ICF International: Calverton, Maryland, USA.
3. Ridde, V., Haddad, S., & Heinmüller, R. (2013). Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health*, Online Fir, 1–7. doi:10.1136/jech-2012-202080.
4. Haddad S., V. Ridde, Y. Bekele, and L. Queuille. Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé. Note d'information, 2011. CRCHUM/HELP/ (<http://www.equitesante.org/helpburkina/>)