



L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité

Ridde V. (valery.ridde@umontreal.ca), Heinmüller R., Haddad S.

Cette note rend compte des effets sur le recours aux soins d'une intervention réalisée dans deux districts consistant à exempter les enfants de moins de cinq ans du paiement des soins dans les centres de santé. Les recherches montrent que l'intervention est favorable à l'équité car :

- i) elle a eu un effet immédiat, important et profitant à tous les groupes sociaux sur le recours aux soins;*
- ii) même les enfants des familles pauvres et vivant loin des centres ont bénéficié de l'intervention;*
- iii) une même proportion d'enfants vivant dans les ménages les plus pauvres et les moins pauvres se rend au centre de santé dans les trois jours de la survenue d'un épisode de maladie.*

INTRODUCTION

Une récente simulation montre que la mortalité infantile pourrait être baissée de 20% au Burkina Faso si les enfants étaient plus largement et rapidement pris en charge pour le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées [1]. Or, la récente Enquête Démographique et de Santé (EDS) montre qu'en 2010, seulement la moitié des enfants ayant eu un de ces trois symptômes a tenté de rejoindre un centre de santé. De fait, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est maintenant estimé à 129 pour mille [2].

En effet, nous savons que les enfants malades éprouvent des difficultés pour se soigner dans les centres de santé car, soit ils sont trop pauvres pour payer les soins, soit ils demeurent trop loin pour venir consulter [3]. L'EDS de 2003 estimait par exemple que 54 % des enfants fiévreux étaient soignés dans un centre de santé public quand l'enfant appartenait à une famille aisée alors qu'ils n'étaient que 22% dans les familles les plus pauvres [4]. Une recherche a montré que le risque de décès d'un enfant double lorsqu'il demeure à plus de six heures de marche d'un centre de santé [5].

Ainsi, deux districts sanitaires de la région du Sahel (Dori et Sebba) ont expérimenté une intervention visant à améliorer l'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de cinq ans. Ces deux districts ont supprimé en septembre 2008 le paiement des soins au point de service grâce au soutien de l'ONG HELP financée par le bureau d'aide humanitaire de la commission européenne (ECHO). Les enfants n'ont donc plus à payer les soins curatifs. Les centres de santé sont remboursés des dépenses engagées pour soigner gratuitement les enfants. Les promoteurs de l'initiative souhaitent que les mères amènent leurs enfants plus tôt lors de l'apparition de symptômes et que les centres de santé soient davantage fréquentés par les enfants malades. Leur objectif est aussi de s'assurer que tous les enfants puissent en profiter. En effet, dans une publication précédente, nous avons montré que les taux de consultations des enfants de moins de cinq ans avaient augmenté de manière très importante, immédiatement et durablement après l'intervention [6]. Nous souhaitons maintenant vérifier si ces effets globaux sont semblables selon la distance à laquelle vivent les enfants des centres de santé ou selon le niveau de revenu des familles.

MÉTHODES

Deux études ont été réalisées. La première repose sur l'analyse des informations disponibles dans les registres de consultation des centres de santé afin de connaître la distance entre le lieu de résidence et le centre de santé (0-4, 5-9 et ≥ 10 km). Nous avons choisi un échantillon représentatif de 12 centres de santé du district de Dori où les enfants ne paient pas (district d'intervention) et de six centres de santé du district de Djibo où les consultations sont toujours payantes (district de comparaison). Les données quotidiennes de consultations entre janvier 2004 et août 2009 ont été collectées ($n = 112.724$ consultations d'enfants). Les analyses reposent sur l'étude graphique et des modèles statistiques d'évaluation d'effets au moyen de séries longitudinales interrompues. La seconde est une enquête populationnelle effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 2.200 ménages résidants des districts où les consultations ne sont plus payantes (Dori et Sebba). Les mêmes ménages ont été interrogés avant l'intervention (juillet-août 2008) et un an après (juillet-août 2009).



RÉSULTATS

Les enfants demeurant loin profitent de l'exemption du paiement

À Dori, la mise en oeuvre de l'exemption se traduit par un effet immédiat et important. Ainsi, on assiste à un bond dans la fréquentation, que les enfants demeurent proches ou loin des centres de santé. **Le taux d'utilisation des services curatifs a doublé dès le premier mois de l'intervention¹**, quelle que soit la distance à laquelle vivent les enfants vis-à-vis des centres de santé. Pour les enfants vivant à moins de cinq kilomètres, le nombre de nouvelles consultations curatives par enfant et par an est passé de 0,9 avant l'intervention à 2 le premier mois de l'intervention. Pour ceux vivant entre cinq et neuf kilomètres, ce taux est passé de 0,8 à 1,9 et pour les enfants habitant à plus de 10 km, il est passé de 0,5 à 1 nouvelle consultation curative par an. En revanche à Djibo, où les enfants continuent de payer les soins, aucun changement n'est constaté.

Ainsi, **l'exemption profite à tous les enfants, qu'ils vivent loin ou proche des centres de santé**. Évidemment, les coûts de déplacement augmentant avec la distance, les enfants vivant loin ont davantage de contraintes pour accéder aux services et les mesures d'exemption ont naturellement un effet moins substantiel pour eux. Mais, les résultats montrent que malgré la persistance de la barrière géographique, une grande partie de ces enfants a augmenté son recours aux services de santé et a davantage pu se faire soigner par le personnel de santé.

Le tableau 1 confirme cette analyse et quantifie les gains que l'intervention a apportés aux centres de santé au plan des consultations curatives mensuelles. Dans le mois suivant immédiatement l'intervention, il y a eu en moyenne 58 nouvelles consultations curatives supplémentaires dans les centres de santé, ce qui représente, par exemple, une hausse² de 76% des consultations des enfants vivant à plus de 10 km. En moyenne au cours des **douze mois après la mise en oeuvre de l'intervention, la fréquentation des centres de santé par les enfants demeurant à plus de 10 km s'est accrue de 48%. L'effet immédiat s'est maintenu dans le temps.**

Tableau 1 : effets nets de l'intervention sur les consultations curatives mensuelles des enfants de moins de cinq ans dans le district de Dori

| Distance domicile / centre de santé | Le mois suivant | | Au cours des 12 mois suivants | |
|-------------------------------------|---|--|---|--|
| | Nombre de consultations supplémentaires | Pourcentage de consultations supplémentaires | Nombre de consultations supplémentaires | Pourcentage de consultations supplémentaires |
| 0 – 4 km | 57 [36;75] | 65 % [33;106] | 61 [41;78] | 66 % [36;103] |
| 5 – 9 km | 58 [43;70] | 97 % [57;146] | 51 [35;63] | 75 % [43;114] |
| > 10 km | 58 [39;73] | 76 % [41;119] | 39 [21;54] | 48 % [21;81] |

Sources : registres de consultations

L'exemption du paiement a été favorable aux plus pauvres

Le graphique 1 permet de constater une augmentation considérable de l'utilisation des centres de santé³. De plus, il montre que **l'exemption profite à tous les enfants, qu'ils vivent dans des familles pauvres ou pas, qu'ils demeurent près ou loin d'un centre de santé**. Par exemple, pour les enfants pauvres (en rouge) vivant à moins de 5 km, la probabilité qu'ils utilisent les services de santé en cas d'épisode de maladie n'était que de 26% avant l'intervention. Douze mois après l'exemption, cette probabilité est de 72%.

Cependant, on peut craindre qu'une telle intervention bénéficie au départ davantage aux groupes avantagés (« riches ») qu'aux pauvres [7]. Les données de l'enquête ménage ne confirment pas cette hypothèse. La proportion d'enfants conduits aux centres lorsqu'ils sont malades a augmenté de manière importante, même dans les familles les plus démunies et demeurant loin des centres de santé : de 19% à 44% après l'exemption⁴ (deux dernières colonnes rouges à droite du Graphique 1).

¹ Il s'agit d'un taux annuel prédit par une modélisation statistique qui permet de tenir compte de la tendance séculaire, des variations saisonnières de la fréquentation, de la taille de la population cible des centres de santé et des particularités non expliquées spécifiques aux centres de santé. Cette forme de présentation facilite l'interprétation des résultats en se concentrant sur les changements spécifiquement reliés à l'intervention.

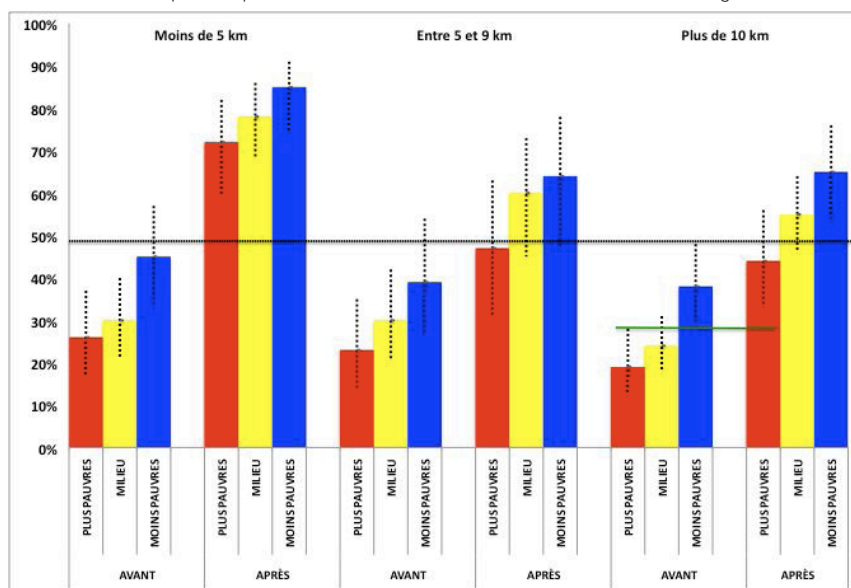
² Ces données tiennent compte de la tendance séculaire, des variations saisonnières de la fréquentation et de la taille de la population cible des centres de santé. Les chiffres entre [...] représentent l'intervalle de confiance.

³ Les chiffres des graphiques sont des moyennes représentatives des deux districts en ayant tenu compte de la sévérité perçue du problème de santé, des différences entre les deux districts, des particularités non mesurées des aires de santé des CSPS et des ménages.

⁴ La barre horizontale verte montre que la différence entre les deux barres rouges est statistiquement significative.



Graphique 1 : proportion d'enfants conduits au centre de santé pour un épisode de maladie avant/après l'exemption du paiement des soins selon la distance et le revenu des ménages

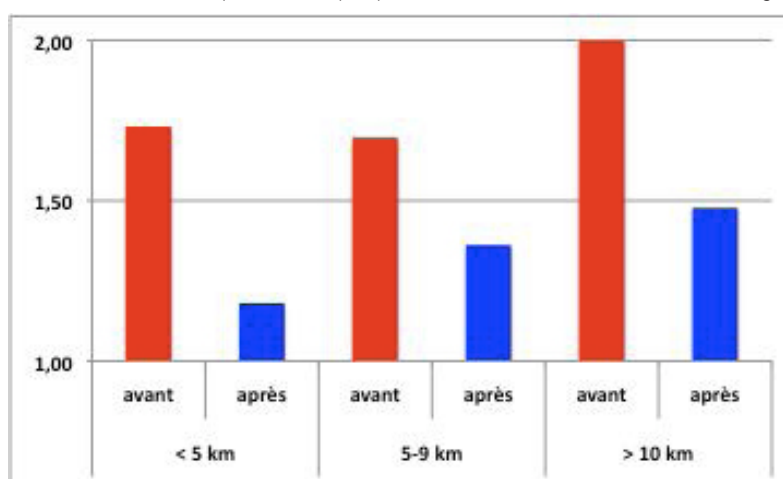


Source : enquête ménage

L'exemption du paiement réduit les inégalités et tend à promouvoir l'équité

L'enquête ménage montre que **les inégalités dans le recours aux soins entre les plus pauvres et les moins pauvres se sont largement réduites** (Graphique 2). Quelle que soit la distance, le rapport d'utilisation des services (entre les moins pauvres et les plus pauvres) dans un contexte de suppression du paiement avec celui où les enfants devaient payer a fortement baissé. Par exemple, ce recours aux soins est passé de 1,73⁵ fois plus grande (0,45/0,26, voir graphique 1) pour les enfants pauvres vivant à moins de cinq km à 1,18 (0,85/0,72) dans un contexte où les enfants ne doivent plus payer. Ainsi, **on se dirige vers plus d'équité**.

Graphique 2 : rapport d'utilisation des services de santé avant/après l'exemption du paiement des soins entre les moins pauvres et les plus pauvres selon le revenu et la distance des ménages

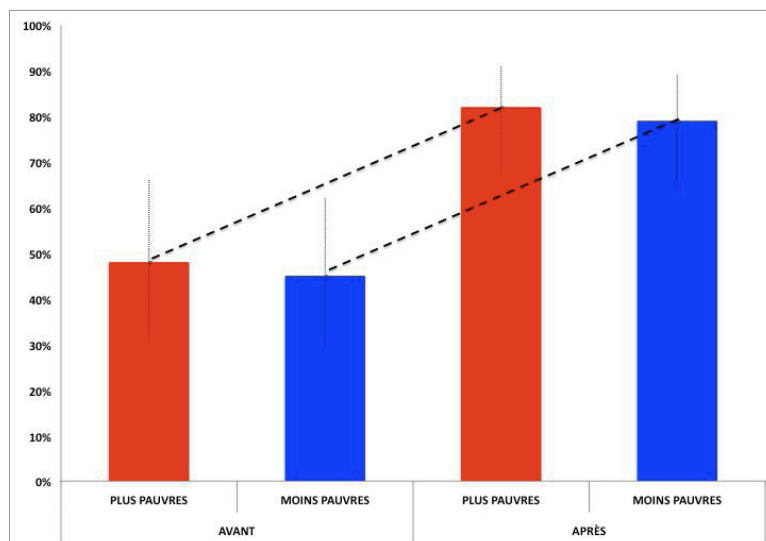


Source : enquête ménage

Les enfants les plus pauvres et vivant le plus loin sont plus rapidement pris en charge

Le graphique 3 présente la proportion d'enfants vivant à plus de 10 km et ayant eu recours aux centres de santé dans les trois jours de la survenue d'un épisode de maladie. On s'intéresse ici à la rapidité de la prise en charge car plus tôt l'enfant est conduit à un centre de santé, et plus grande seront *a priori* ses capacités à recouvrer une bonne santé, et, ultimement, ses chances de survie en bonne santé. Malgré les contraintes de ressources et de transport qui pèsent plus lourdement sur

Graphique 3 : proportion des enfants vivant à plus de 10 km ayant eu recours au centre de santé dans les trois jours de la survenue de la maladie



Source : enquête ménage

⁵ Partout on s'approche de l'équité (qui serait de 1) car les besoins ont été pris en compte dans le calcul des proportions.



les familles les plus pauvres vivant le plus loin, elles ont été en mesure, au même titre que les moins pauvres, de faire profiter leurs enfants de l'exemption du paiement. Aujourd'hui, dans ce contexte d'exemption du paiement des soins, 80% des enfants sont pris en charge dans un délai de trois jours après l'apparition du premier symptôme de leur épisode de maladie, selon les réponses de leur parents ou tuteurs. Il s'agit là d'un résultat encourageant pour la survie des enfants.

CONCLUSION

La combinaison de données tirées des registres des centres de santé et d'une enquête auprès des ménages permet de montrer que l'exemption du paiement est véritablement efficace pour favoriser le recours aux centres de santé des enfants malades.

La hausse de fréquentation des centres de santé est le signe du succès de l'expérimentation de l'exemption du paiement des soins comme stratégie pour améliorer la couverture en soins de santé. D'autres travaux réalisés à Dori montrent que cette hausse ne s'est pas faite au détriment de la qualité des prescriptions médicales [8]. Qui plus est, malgré la barrière géographique, les enfants vivant loin des centres de santé, tout comme ceux vivant dans les ménages les plus pauvres, ont aussi largement bénéficiés de cette intervention. Les inégalités d'utilisation des services qui existent dans un contexte où l'on demande aux parents des enfants de payer au centre de santé lorsqu'ils sont malades sont fortement estompées, ce qui est encourageant pour l'équité.

Cette recherche montre qu'il faut poursuivre et étendre l'exemption du paiement si l'on souhaite favoriser l'utilisation des services pour les enfants, notamment en faveur des plus pauvres. Tout en continuant de maintenir la qualité des soins, il convient aussi de s'attaquer à l'autre contrainte majeure dans l'accès aux soins : la barrière géographique.

Les auteurs remercient le FRSQ et les IRSC ainsi que AFRICSanté (Burkina Faso) pour son soutien à la collecte et la saisie des données et Ludovic Queuille pour sa lecture critique de 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'ONG HELP (www.help-ev.de), de la communauté de pratique HHA « Accès financier aux services de santé » (<http://www.hha-online.org/hso/financing/knowledge>) et de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>).

Références :

1. Bryce, J., I.K. Friberg, D. Kraushaar, H. Nsona, G.Y. Afenyadu, N. Nare, S. Kyei-Faried, and N. Walker, LiST as a catalyst in program planning: experiences from Burkina Faso, Ghana and Malawi. *International Journal of Epidemiology*, 2010. 39 Suppl 1: p. i40-7.
2. INSD, Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2010. 2010, INSD: Ouagadougou.
3. Rutherford, M.E., K. Mulholland, and C.H. Philip, How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa: systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 2010. 15(5): p. 508-519.
4. Gwatkin, D., S. Rutstein, K. Johnson, E. Suliman, A. Wagstaff, and A. Amouzou, Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population. Burkina Faso. 2007, The World Bank- HNP: Washington. p. 149.
5. Schoeps, A., S. Gabrysch, L. Niamba, A. Sie, and H. Becher, The Effect of Distance to Health-Care Facilities on Childhood Mortality in Rural Burkina Faso. *American Journal of Epidemiology*, 2011. 173(5): p. 492-498.
6. Ridde, V. and L. Queuille, L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. expériences pilotes au Burkina Faso. 2010, UdeM/CRCHUM/HELP: Ouagadougou. p. 44.
7. Victora, C.G., J.P. Vaughan, F.C. Barros, A.C. Silva, and E. Tomasi, Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*, 2000. 356(9235): p. 1093-8.
8. Atchessi, N., V. Ridde, S. Haddad, R. Heinmueller, and L. Queuille, L'exemption du paiement des soins au Burkina Faso n'a pas entraîné de gaspillage des médicaments par les agents de santé. Note d'information. 2011, UdeM/CRCHUM/HELP/ECHO.