



L'exemption du paiement des soins expérimentée dans la région du Sahel au Burkina Faso renforce la résilience des populations vulnérables

L. Queuille (queuille@help-ev.de) & V. Ridde

L'exemption du paiement des soins expérimentée au Sahel a un effet considérablement positif sur l'utilisation des services et l'efficacité du système de santé, tout en maintenant la qualité des soins. Elle améliore aussi la santé des femmes et des enfants, diminue les dépenses de santé des ménages et renforce les communautés. Cette stratégie de transfert social en santé est une option politique mobilisable pour l'Alliance globale pour l'initiative résilience au Sahel et en Afrique de l'Ouest (AGIR - Sahel), principale alliance visant le renforcement de la résilience des populations vulnérables du Sahel en cours de lancement.

INTRODUCTION

Les « chocs » (flambée des prix des denrées alimentaires, sécheresses, inondations, épidémies, etc.) sont de plus en plus fréquents pour les populations du Sahel. La malnutrition aigue globale y dépasse régulièrement les seuils d'urgence et la mortalité y est parmi les plus élevées du monde [1]. Cette mauvaise situation sanitaire et nutritionnelle se caractérise par une utilisation des services de santé très inférieure aux besoins [2].

En 2007, dans la région du Sahel au Burkina Faso, trois femmes sur quatre accouchent encore à domicile et plus de la moitié des enfants de moins de cinq ans malades n'ont pas visité un centre de santé [3]! De ce fait en 2008, la direction régionale de la santé du Sahel (DRS) et l'ONG HELP (financement ECHO) ont décidé d'expérimenter la suppression du paiement des soins au point de service pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes dans deux des quatre districts (DS) de la région (tableau). Le projet consiste à la mise en place d'un système de tiers payant et de mesures d'accompagnements. Un partenariat scientifique a été établi avec l'université de Montréal (CRCHUM) pour évaluer cette intervention [4]. Cette note résume les résultats de ces recherches dans le but de montrer la pertinence de cette stratégie pour renforcer la résilience des populations vulnérables.

Tableau : bénéficiaires du projet (de septembre 2008 à décembre 2012)

GROUPE CIBLE	NOMBRE
Enfants de moins de 5 ans	970 820
Femmes enceintes	231 675
Accouchements	83 658
Femmes allaitantes	188 510

METHODE

L'équipe de recherche, indépendante, a tenu compte des contraintes d'expérimentation naturelle, de temps et de ressources dans l'élaboration de sa stratégie méthodologique. Une quinzaine d'études a été entreprise avec des données quantitatives et qualitatives collectées auprès des individus, des ménages, des villages, des centres de santé et des districts.

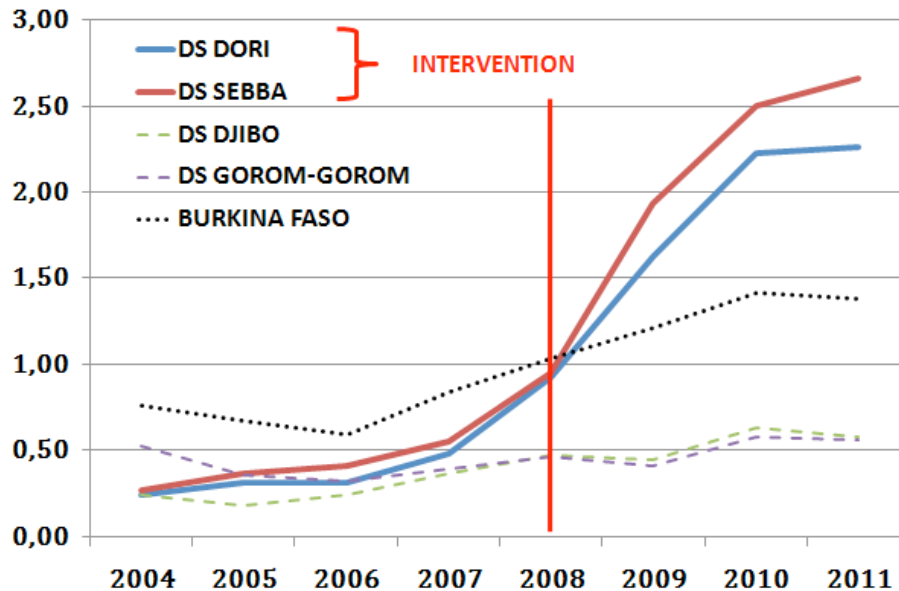


RESULTATS

Les effets sur l'utilisation des services sont importants

Les effets sur l'utilisation des services sont immédiats, importants et durables (figures 1 et 2).

Figure 1 : évolution de l'utilisation des services de santé (contacts/habitant/an) des enfants de moins de cinq ans des 4 districts de la région du Sahel et du Burkina Faso de 2004 à 2011

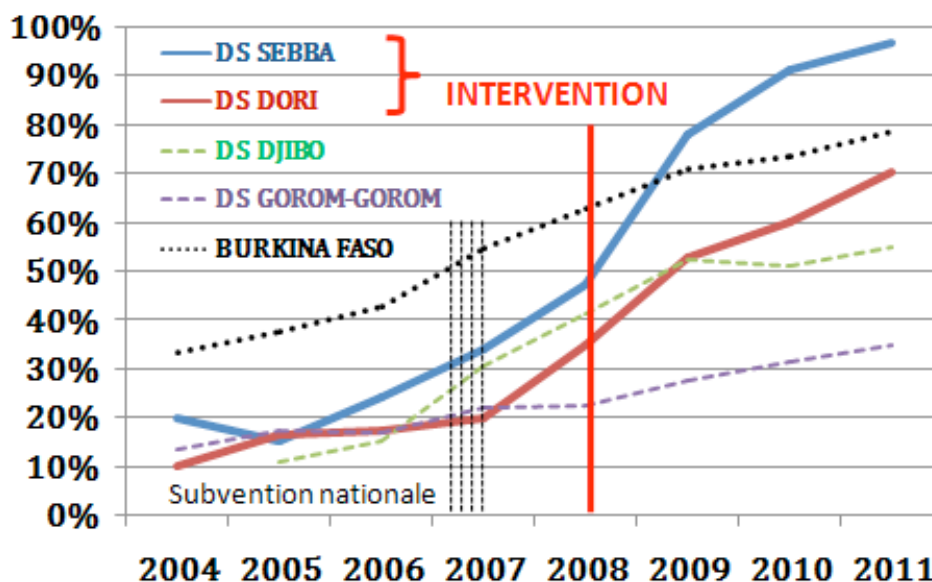


Source : MS/SG/DEP Burkina Faso (2005 à 2012). Annuaire statistique santé 2004 à 2011.

L'augmentation du recours aux soins a été plus importante pour les enfants gravement malades [5]. De plus, après seulement un an d'intervention (2009), 80% des enfants malades utilisent un centre de santé alors qu'ils n'étaient que 30% avant, lorsque les soins étaient payants [5]. La proportion des consultations précoces (dans les trois jours suivant la survenue de la maladie) est passée de moins de 50% à plus et moins 80% pour tous les enfants, qu'ils soient pauvres ou pas, même pour ceux qui vivent à plus de 10 km des centres de santé [5].

Pour les accouchements, la subvention nationale introduite en 2007 permettant aux femmes d'accoucher pour 900 francs CFA (1,37 €) dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) [6] a amélioré le taux d'accouchements assistés (figure 2). Cependant, l'exemption du paiement a permis de faire encore mieux [6].

Figure 2 : évolution du taux d'accouchements assistés dans les formations sanitaires des 4 districts de la région du Sahel et du Burkina Faso de 2004 à 2011



Source : MS/SG/DEP Burkina Faso (2005 à 2012). Annuaire statistique santé 2004 à 2011.



Le personnel de santé en place est suffisant

En 2010, la charge de travail du personnel soignant dans un des deux districts d'intervention a été comparée à celle du district voisin, sans intervention [7]. Dans les deux districts, les durées moyennes des activités déclarées par les agents de santé sont supérieures aux durées moyennes observées. Par ailleurs, ces durées moyennes observées ne sont pas différentes que les soins offerts soient gratuits ou payants. Par exemple, la durée moyenne des consultations curatives est de 12 minutes dans les CSPS du district d'intervention enquêté contre neuf minutes dans les CSPS du district de comparaison où les soins sont restés payants. Enfin, le personnel de santé était suffisant pour faire face à l'augmentation de la fréquentation des services permettant de répondre aux besoins de la population.

La qualité des prescriptions médicales a été maintenue

Une étude quantitative avec groupes de contrôle (avant/après et avec/sans intervention) montre que l'intervention n'a pas amené les prescripteurs i) à s'éloigner des normes de qualité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du ministère de la Santé, ii) à utiliser les antibiotiques et les injections de façon inadéquate et iii) à prescrire plus de médicaments qu'antérieurement [8]. Par exemple, le nombre moyen de médicaments par ordonnance pour enfants de moins de cinq ans est passé de 2,26 avant l'intervention à 2,19 depuis l'intervention (normes OMS et nationale : < 2). Une autre étude quantitative a montré que la qualité des accouchements gratuits est perçue par les femmes tout aussi positivement que lorsqu'ils sont payants [9]. L'augmentation continue de la fréquentation des services des enfants de moins de cinq ans dans les districts où les soins sont gratuits depuis 2008 laisse penser que leur qualité est perçue tout aussi positivement par les mères.

L'augmentation de l'utilisation des services a profité à tous

Les travaux concernant l'équité d'accès aux soins [10] montrent que l'exemption du paiement des soins a profité aux enfants les plus pauvres et à ceux demeurant loin des centres de santé mais aussi qu'ils ont été plus rapidement pris en charge. Par exemple, les enfants pauvres et gravement malades vivant à moins de cinq kilomètres d'un centre de santé ont deux fois plus profité de la gratuité des soins que ceux moins pauvres.

Avec la gratuité des soins, la mortalité infanto-juvénile du Burkina Faso serait réduite de 16%

La progression du Burkina Faso vers l'OMD 4 visant la réduction de la mortalité infanto-juvénile est très lente [1]. Si l'intervention organisée dans le Sahel était mise en œuvre à l'échelle du pays sur les bases de ses performances après seulement un an, le nombre de vies d'enfants sauvées serait de 18 982 [IC 95% : 5 670 ; 28 340] (méthode LiST)¹ [11]. Or, un peu plus de 100 000 enfants de moins de cinq ans décèdent chaque année au Burkina Faso [1]. Ce nombre de vies d'enfants sauvées correspondrait donc à une réduction potentielle de 16% de la mortalité infanto-juvénile. Etant donné la durabilité des effets de l'intervention, les estimations d'impacts sur le nombre de vies sauvées après trois ans d'intervention seront certainement plus spectaculaires.

L'exemption du paiement des soins a permis de diminuer les dépenses de santé et de renforcer les communautés

L'exemption du paiement des soins a renforcé les comités de gestion des CSPS et le pouvoir d'agir des femmes [12]. Elle a aussi favorisé le développement de la confiance de la population envers les services de santé modernes. De plus, elle a permis de diminuer de manière importante les dépenses de santé au niveau des ménages [13]. Par exemple, le coût direct total de l'accouchement (y compris le transport) est passé de 1 787 F CFA en moyenne avant l'intervention à seulement 816 F un an après. Pour les enfants de moins de cinq ans, les dépenses moyennes pour la consultation et les médicaments sont passées de 4 181 F CFA à 1 337 F CFA un an après l'intervention.

¹ The Lives Saved Tool



Subvention des soins, transfert social et résilience des populations vulnérables

Malgré le fort potentiel de l'exemption du paiement des soins, l'option de rendre « gratuits » les accouchements et les soins aux enfants de moins de cinq ans fait encore l'objet de vifs débats dans le monde de la santé au Burkina Faso. *A contrario*, l'exemption ciblée du paiement des soins est inscrite dans la politique nationale de protection sociale élaborée en 2012 par le gouvernement. On retrouve ce clivage concernant la suppression du paiement des soins entre les secteurs santé et social de certains des partenaires techniques et financiers. Les professionnels du social s'intéressent à l'exemption du paiement parce que la subvention des soins en faveur des populations vulnérables dans un contexte de pauvreté est comprise comme un programme de **transfert social** (encadré n°1). Effectivement, les résultats présentés dans cette note montrent que la subvention des soins renforce la **résilience** des populations (encadré n°2). L'intérêt de considérer la résilience des personnes et des populations est de cibler d'abord celles les plus vulnérables et ayant les besoins les plus urgents. Les populations pauvres du Sahel en font partie ainsi que les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes.

Encadré 1 : définition de transfert sociaux [14]

Transferts de ressources (en espèces ou en nature) à caractère non contributif (sans cotisation), financés par des fonds publics, directs, réguliers et prévisibles aux individus ou ménages pauvres ou vulnérables, visant à réduire leurs déficits de consommation alimentaire, à les protéger des chocs (économiques et climatiques notamment), et, dans certains cas, à renforcer leur capacité productive.

Encadré 2 : définition de résilience [15]

Capacité des ménages, des familles et des systèmes vulnérables à faire face à l'incertitude et au risque de choc, à résister au choc, à répondre efficacement, à récupérer et à s'adapter de manière durable.

CONCLUSION

Nous nous réjouissons du récent choix de la santé (avec la nutrition) comme un des quatre piliers stratégiques de l'important programme AGIR-Sahel en cours de lancement [15]. Maintenant, le défi pour les pays du Sahel et leurs partenaires dans le cadre de cette initiative de renforcement de la résilience des populations vulnérables est de réussir l'intégration durable de cette approche au niveau des différentes politiques concernées. La subvention des soins des populations vulnérables, transfert social démontré très efficace, est une option rapidement mobilisable. Elle constitue une opportunité immédiate d'ancrer la prise en compte de la résilience au niveau des politiques de santé et de faciliter ce « lien entre urgence et développement ».

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) et de l'Université de Montréal (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>).

Les auteurs remercient Jan Eijkenaar (assistant technique Résilience & AGIR-Sahel de la Direction Générale Aide Humanitaire de la Commission Européenne - ECHO) pour sa lecture critique d'une première version de ce document.

Références :

1. www.apromiserenewed.org
2. WHO, World Health Statistics 2011. 2011, World Health Organization: Geneva. p. 149.
3. MS/SG/DEP Burkina Faso. Annuaire statistique santé 2007. Ouagadougou : 2008.
4. 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, CRCHUM/HELP/ECHO : Ouagadougou. p. 44. (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)
5. Ridde V., S. Haddad and R. Heinmueller. Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso. Paper submitted.
6. 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/ECHO : Montréal. p. 4. (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)
7. Ly A., L. Queuille, S. Kouanda and V. Ridde. L'exemption pilote du paiement des soins dans la région du Sahel n'a pas entraîné une surcharge de travail des agents de santé au Burkina Faso. Note d'information, 2012. CRCHUM/HELP/IRSS/ECHO : Montréal. p. 4. (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)
8. Atchessi N., V. Ridde V and S. Haddad. Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso. Health Policy and Planning, 2012.
9. Ridde V., A. Philibert, A. Bado and P. Fournier. Les accouchements gratuits sont perçus de très bonne qualité par les femmes au Burkina Faso. Note d'information, 2012. CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal. p. 4. (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)
10. Ridde V., R. Heinmueller and S. Haddad. L'exemption du paiement des soins pour les enfants expérimentée au Burkina Faso est favorable à l'équité. Note d'information, 2011. CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal. p. 4. (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)
11. Johri M., V. Ridde, R. Heinmueller, F. Sossa and S. Haddad. 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. Note d'information, 2013. CRCHUM/HELP/ECHO : Montréal. p. 4. (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/ressrc.htm>)
12. Samb O. and V. Ridde. Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. Revue canadienne de santé publique, 2012.
13. Ridde V., L. Queuille, N. Atchessi, O. Samb, R. Heinmüller and S. Haddad. 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>.
14. EuropeAid. Les transferts sociaux dans la lutte contre la faim. Un instrument de référence pour les praticiens du développement. Collection Outils et Méthodes. Document de Référence. 2012.
15. Alliance globale pour l'Initiative résilience au Sahel et en Afrique de l'Ouest (AGIR). Déclaration commune de Ouagadougou. Ouagadougou : 2012 (<http://www.oecd.org/site/sahelandwestafricaweek2012/agirlaunchingceremony.htm>)