

L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins pour les groupes vulnérables au Burkina Faso

Valéry Ridde

Ph.D., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada
valéry.ridde@umontreal.ca

Ludovic Queuille

Dess., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM)

Nicole Atchessi

MD Msc., Doctorante, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada,

Omar Samb

Msc., Doctorant, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada,

Rolf Heinmüller

MD. MPH., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM)

Slim Haddad

MD. Ph.D., Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM),
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Canada

Résumé

Introduction : L'Union Africaine et les agences des Nations Unies réclament que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes soient exemptés du paiement des soins au point de service. En effet, cette modalité de paiement impose une barrière financière à l'accès aux soins que les plus vulnérables ne peuvent surmonter. Puisque le Burkina Faso ne s'est pas encore engagé dans une telle politique, une expérimentation a été mise en œuvre depuis 2008 dans deux districts du Sahel afin de produire des preuves sur cette stratégie.

Méthodes : Un programme de recherches a été organisé afin d'évaluer l'efficacité, l'équité, les processus, les coûts et les effets sociaux de cette expérimentation. Douze études ont été entreprises en ayant recours à un devis mixte concomitant usant de données collectées auprès des individus, des ménages, des centres de santé et des villages.

Résultats : L'expérimentation s'est intégrée au système de santé et a été bien appréciée par tous. Le système de tiers-payeur a été efficace. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ont eu recours plus rapidement et de manière plus importante au système de santé. Les plus pauvres d'entre eux ont bénéficié substantiellement de l'intervention. La qualité des soins s'est maintenue et les coûts ont été maîtrisés.

Conclusion : Si l'équité est une priorité pour le gouvernement et ses partenaires financiers, les résultats des recherches suggèrent une extension de l'exemption à l'échelle nationale et l'organisation de mesures pour s'attaquer à la barrière géographique.

Mots-clés

Introduction

Au début des années 1990, le Burkina Faso s'est engagé dans une politique de relance des soins de santé primaires. En effet, le système de santé avait du mal à répondre aux besoins de la population et rares étaient les malades qui se rendaient dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), établissements de première ligne. La recette de cette politique pour améliorer la réactivité du système de santé, largement concoctée dans les cuisines de l'OMS et de l'UNICEF, était composée des ingrédients suivants : le recours à des médicaments essentiels génériques (MEG) à faibles coûts; une décentralisation administrative (districts sanitaires) et une gouvernance communautaire locale (comités de gestion, COGES), le paiement direct des actes et des MEG retenus localement pour générer des fonds supplémentaires afin d'améliorer la qualité et l'équité des soins. Parallèlement à cela, le gouvernement a construit de nombreux CSPS et formé du personnel de santé. En 2008, au moment où l'expérimentation évaluée dans cet article débute, le gouvernement accordait 8,4% de son budget au ministère de la santé ([ministère de la santé, 2010a](#)). Il avait pourtant prévu d'atteindre 13% en 2006 ([ministère de l'Economie et du Développement, 2004](#)).

Cette politique n'a pas véritablement été en mesure de répondre aux besoins des populations. En effet, si le nombre de CSPS est passé de 751 en 1997 à 1352 en 2008 ([ministère de la santé, 2009](#)), ils demeurent très peu fréquentés. En 2008, le nombre de nouveaux contacts par habitant et par an est de 0,50 (il était de 0,40 en 1982 !) et le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié est de 64% ([ministère de la santé, 2010a](#)). Malgré les efforts accomplis pour améliorer l'accès géographique aux CSPS, la situation des années 1980 perdure à la fin des années 2000. Pour reprendre la métaphore culinaire, la sauce n'a pas pris et les burkinabè jugent leur gouvernement comme étant l'un de ceux en Afrique qui a le moins bien réussi à améliorer les services de santé de base ([Abiola, Gonzales, Blendon, & Benson, 2011](#)). Cette faible utilisation des services explique en grande partie la faible efficacité des CSPS ([Marchall & Flessa, 2011](#)).

L'une des contraintes majeures à l'accès aux soins reste, au Burkina Faso, la capacité contributive des ménages à payer les soins de santé ([De Allegri et al., 2010](#); [Haddad, Nougara, & Fournier, 2006](#)). Voilà pourquoi l'Union Africaine ([African Union, 2010](#)) et de hauts décideurs du continent, suivant la majeure partie des organisations internationales ([The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, 2009](#)), réclament que les pays rendent les services de santé gratuits pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans ([Sambo, Kirigia, & Ki-Zerbo, 2011](#)). De nombreux pays africains ont en effet tenté de mettre en place de telles politiques avec des résultats prometteurs ([Ridde & Morestin, 2011](#)). C'est dans ce contexte qu'une expérimentation d'exemption du paiement des soins a été réalisée.

Intervention

Contexte : La région sanitaire du Sahel, située au Nord du pays, est celle qui dispose des indicateurs de santé et d'utilisation des services les moins bons du pays au démarrage de l'expérimentation ([INSD, 2010b](#)). Ainsi, la direction régionale de la santé, en collaboration avec une ONG allemande (HELP), a décidé de mettre en œuvre à partir de septembre 2008 une expérimentation d'exemption du paiement des soins à l'aide d'un financement du bureau d'aide humanitaire de l'Union européenne (ECHO). L'ONG a concentré ses efforts dans deux des quatre districts de la région, soit Dori (290.000 habitants, 18 CSPS en 2009) et Sebba (180.000 hab., 11 CSPS en 2009).

Principe : Le principe est de rendre gratuit les soins de santé au point de service pour les groupes vulnérables (exemption du paiement pour les enfants de moins de cinq ans, les indigents et les

femmes enceintes et allaitantes) et, en contrepartie, les COGES sont remboursés des frais engagés pour ces services. L'ONG agit comme un tiers-payeur, tel que le serait l'État ou une assurance nationale de santé.

Public cible : Depuis septembre 2008, les groupes vulnérables sont totalement exemptés du paiement de tous les soins/accouchements au CSPS. Pour les femmes, il s'agit d'une exemption complémentaire (20%) apportée par l'expérimentation à une subvention nationale (80%, les femmes ne devant payer que 900 F leur accouchement) organisée depuis 2007 par le gouvernement.

Processus : Pour accompagner cette mesure d'exemption, une série d'activités sont mises en œuvre par l'ONG en collaboration avec les équipes de districts et les COGES : campagnes d'informations et de sensibilisation, mobilisation communautaire, formations des membres des COGES (gestion, mobilisation, planification, etc.), formations et supervisions médicales des agents de santé, remboursement des actes et contrôle financier, etc. La reproduction d'une approche participative de sélection des indigents effectuée ailleurs dans le pays ([Ridde et al., 2010](#)) a permis de mettre en place des comités villageois et d'identifier les personnes qualifiées d'indigentes qui ont bénéficié par la suite d'une carte d'indigence leur donnant droit à l'exemption du paiement des soins.

Effets attendus : l'expérimentation vise à court terme à améliorer l'accès aux CSPS des trois publics cibles mais aussi à renforcer le pouvoir d'agir des COGES et des publics cibles, à améliorer les capacités financières des COGES et à réduire les dépenses de santé. À plus long terme (impacts), cela devrait permettre aux individus d'être en meilleure santé et aux ménages d'être moins à risque de tomber dans la pauvreté.

La figure 1 présente la logique de cette intervention, notamment ses relations causales dans une perspective d'évaluation.

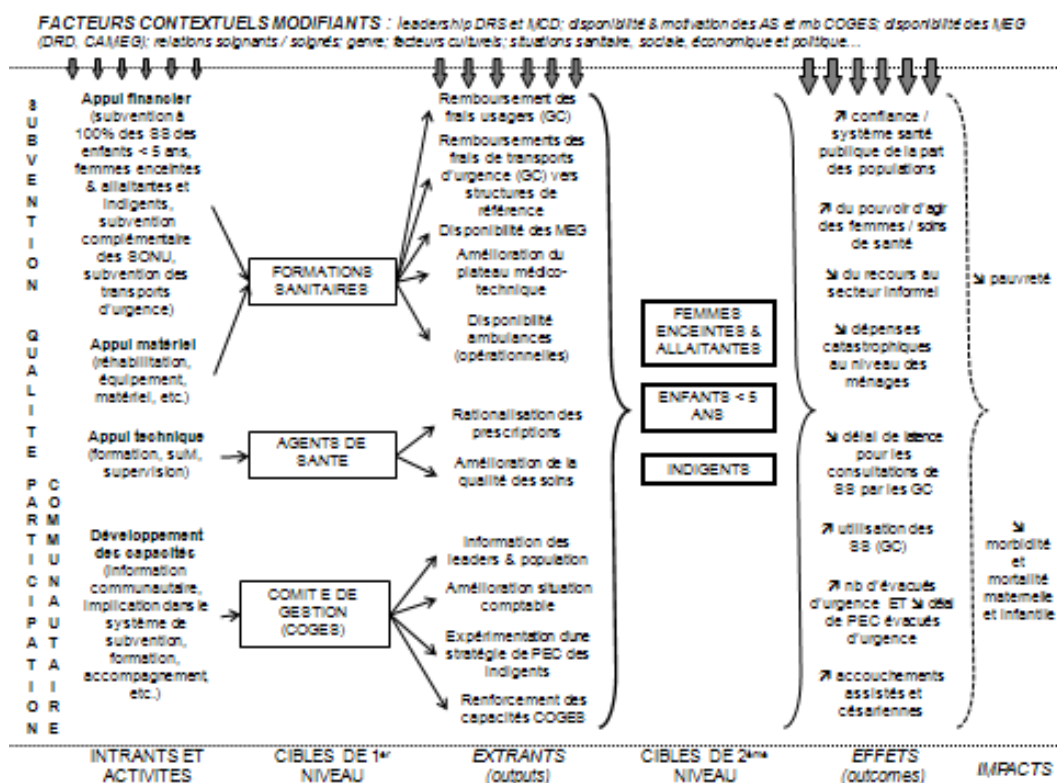


Figure 1 : description de la logique de l'expérimentation

L'objectif de cet article est d'offrir au lecteur, notamment aux décideurs et intervenants, une synthèse de l'ensemble des résultats de cette expérimentation.

Méthodes

Approche et devis : Il faut d'emblée noter que nous sommes face à une expérimentation naturelle pour laquelle les chercheurs ne disposent pas du contrôle de sa mise en œuvre ([Petticrew et al., 2005](#)). L'évaluation a donc été entreprise par des chercheurs indépendants de l'intervention et qui n'ont aucun conflit d'intérêt à produire des résultats favorables ou défavorables. Le devis de recherche évaluative s'est adapté aux contraintes ([Bamberger & Rugh, 2009](#)) et les chercheurs se sont assurés que les résultats soient utiles et utilisables ([Patton & LaBossière, 2009](#)). L'évaluation a eu recours à des méthodes mixtes selon un devis concomitant triangulé.

Compte tenu de la courte fenêtre d'observation disponible et la durée encore limitée de la mise en œuvre de l'expérimentation, il est trop tôt pour évaluer son impact sur les indicateurs de mortalité ou de pauvreté⁵, mais l'évaluation des effets, des processus et de la pertinence a pu être faite.

Nous résumons la méthodologie des études entreprises dans les lignes suivantes.

Évaluation des effets :

L'évaluation des effets pour la population a été réalisée au moyen d'une enquête auprès d'un panel représentatif de ménages des deux districts d'intervention (n=2 210). La collecte des données s'est déroulée juste avant et un an après le début de l'expérience.

L'évaluation des effets au plan des formations sanitaires a eu recours à une analyse de séries chronologiques interrompues. Les données tirées des registres des CSPS ont permis de comparer l'utilisation des services avant (janv. 2004-août 2008) et une fois l'expérimentation mise en œuvre (sept 08-déc 2010) dans les deux districts concernés pour les groupes cibles et pour des populations de comparaison ainsi qu'un district de comparaison (Djibo, situé dans la même région sanitaire mais où tous les patients doivent encore payer tous les soins).

L'évaluation concernant le contexte communautaire et des CSPS a été effectuée dans tous les CSPS des deux districts à l'aide d'un questionnaire permettant de disposer notamment de variables de contrôle pour les analyses statistiques subséquentes.

Une étude comptable suivant une méthode que nous avons éprouvée ailleurs dans le pays ([Kafando & Ridde, 2010](#)) a mesuré les capacités financières des COGES (n=28) des deux districts en comparant les données 12 mois avant et six mois après l'expérimentation.

L'adéquation des ordonnances prescrites aux enfants de moins de cinq ans (n =9.710) a été comparée à celles des enfants de cinq à 10 ans (n = 3.349), qui doivent payer les soins en référence aux normes de l'OMS et aux standards du pays. L'étude a été effectuée dans un échantillon de neuf CSPS de Dori par séries chronologiques interrompues sur 12 mois avant et après l'expérimentation.

L'évaluation de l'efficacité du ciblage des indigents a été effectuée au moyen d'une méthode quantitative décrite ailleurs ([Ridde et al., 2010](#)).

L'évaluation des effets sur les dépenses d'accouchements (n=849), et notamment l'estimation du niveau de dépenses excessives pour les ménages ([Mukherje, Haddad, & Narayana, 2011](#)), a été réalisée dans un échantillon de femmes ayant accouché dans douze CSPS des deux districts en comparaison à six CSPS de Djibo. L'analyse de la perception de la qualité des soins de la part des parturientes a été réalisée lors de cette enquête au moyen d'un instrument testé au Sénégal.

L'analyse des effets sur la participation communautaire et le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des COGES et des femmes a été effectuée au moyen d'un cadre conceptuel employé précédemment ([Ridde & Queuille, 2006](#)). Des entretiens qualitatifs individuelles (n=52) et de groupes (n=4) ont été réalisées sur un échantillon de quatre CSPS des deux districts.

⁵ Une modélisation des impacts sur la santé a été récemment réalisée (Johri, M., V. Ridde, R. Heinmueller, F. Sossa, et S. Haddad, 2013)

Évaluation des processus et de la pertinence :

Une étude de cas sur les délais de remboursement des actes effectués sans paiement a été réalisée dans un échantillon de 10 CSPS. Les données quantitatives ont été collectées dans les principaux documents comptables des COGES et des entrevues qualitatives (n= 10) ont permis de compléter les informations.

Une étude des coûts des actes remboursés pour les enfants de moins de cinq ans a été réalisée pour la période de janvier 2009 à mars 2011 dans tous les CSPS des deux districts à l'aide d'une analyse des données comptables de HELP.

L'évaluation des processus a permis de comprendre comment l'intervention se déroule, ses forces et ses faiblesses, ses chances de pérennité, son bien-fondé et sa pertinence. Elle a été effectuée au moyen de : i) revue documentaire (n=20 CSPS), ii) entrevues individuelles (n=69), iii) entrevues collectives (n=27), iv) observations (n=15 CSPS), v) questionnaires (n=56). Les entrevues ont concerné au total 436 personnes (autorités, populations, agents de santé etc.).

L'analyse de la pertinence du ciblage des indigents a été effectuée lors de la même collecte de données sur les effets concernant la participation communautaire (voir *supra*).

Résultats des évaluations

Nous proposons maintenant une synthèse des principaux résultats de ces études.

Perceptions et connaissances de l'expérimentation

Les acteurs rencontrés reconnaissent le bien-fondé de la stratégie, considèrent qu'elle permet d'améliorer l'équité d'accès aux soins, jugent pertinent le choix des groupes de population bénéficiaires et en apprécient l'effet sur la réduction des dépenses des ménages. Le ciblage des indigents n'a pas posé de problème de stigmatisation sociale.

Bien que globalement engagés et motivés, une partie des agents de santé s'inquiète des dérives ou des abus qu'ils perçoivent de certains usagers et se déclarent attachés au paiement direct. En ce qui concerne la pérennité, les agents de santé et les COGES ne croient pas à la poursuite de l'expérimentation après le départ de l'ONG et à sa reprise par le gouvernement.

Excepté pour les femmes allaitantes pour lesquelles les responsables de l'expérimentation ont eu des difficultés au démarrage à fournir des critères d'éligibilité, les agents de santé et les membres COGES connaissent parfaitement les groupe-cibles et les mécanismes de remboursement. Ils se déclarent tous satisfaits de l'information reçue. En revanche, le niveau d'information des utilisatrices était encore insuffisant six mois après le début de l'expérimentation. Cependant, lors de l'enquête quantitative effectuée auprès des ménages un an après le début de l'expérimentation, les deux tiers (67%) des ménages indiquent connaître le prix d'une consultation d'enfants, dont 97% l'estiment gratuite. Presque autant de ménages (61%) disent connaître le prix d'un accouchement, dont 88% indiquent qu'il est gratuit. Plus de ménages pauvres (Q1) que riches (Q5) savent que la consultation et l'accouchement sont gratuits.

Les forces du système d'exemption mises en avant sont : l'implication des COGES, l'effectivité des remboursements et la capacité d'adaptation du projet. Si les COGES se réjouissent des activités de supervision et de contrôle de la subvention effectuées par l'ONG, une partie des agents de santé s'en plaint.

En ce qui concerne les faiblesses, les acteurs avancent : la lenteur des remboursements, les incidences de la hausse de l'utilisation des services sur les systèmes de gestion (tensions sur la trésorerie, les stocks de MEG et de fiches de remboursement), l'insuffisance de consultation et de formation des agents de santé au début, la charge de travail associée à la gestion de l'exemption. Les agents de santé se plaignent de l'absence d'incitatif financier. Les membres des COGES ajoutent que parfois les usagers payent des produits ou des services normalement gratuits.

Estimations des coûts et des délais de remboursement

Sur la base des remboursements effectués chaque mois entre juin 2009 et mars 2011, nous avons estimé que le coût moyen d'une consultation (actes + MEG) d'un enfant de moins de cinq ans dans un CSPS variait de 900 F à 1.400 F à Sebba et de 1.000 F à 1400 F à Dori. Les variations saisonnières des coûts sont les mêmes dans les deux districts et la moyenne sur cette période est comparable, soit 1.100 F à Sebba et 1.200 F à Dori (1,8 Euros).

Le délai moyen de remboursement par l'ONG des actes effectués sans paiement dans les CSPS est passé de 46 jours au cours du premier trimestre de l'expérimentation à 33 jours lors du second trimestre d'intervention. Ainsi, les COGES et le district sanitaire ont besoin de 16 jours pour envoyer leurs demandes de remboursement à l'ONG qui les traite en 11 jours. Puis, les sommes envoyées via les établissements financiers locaux arrivent dans les comptes des COGES en moyenne six jours après.

Le financement communautaire et les ristournes financières aux agents

Les réformes des années 1990 ont permis aux COGES de vendre aux patients les médicaments, en plus des actes médicaux, avec des bénéfices substantiels. Grâce à la hausse considérable des consultations (voir *infra*) et le remboursement effectif de l'exemption (voir *supra*), les dépôts communautaires de MEG (DMEG) vont probablement poursuivre leur processus de thésaurisation ([Kafando & Ridde, 2010](#)). Nous avons ainsi pu mesurer que le niveau moyen de trésorerie par DMEG était de 1,4 millions à Sebba (2.135 Euros) et 1,8 millions à Dori (2.745 Euros). Légalement, les agents de santé ont droit à une ristourne de 20% sur le prix des actes réalisés. La moyenne mensuelle du niveau de ristourne par CSPS est passée de 5.000 F à Dori et 7.900 F à Sebba avant l'expérimentation à respectivement 8.800 F (+ 76%) et 10.800 F (+ 36%) au cours des six premiers mois de l'intervention.

Qualité des soins

Dans un contexte de disponibilité parfaite des MEG où les patients ne font plus face à la barrière financière, certains ont émis des craintes des incidences possibles de cette expérimentation sur la qualité des prescriptions médicales. Les recherches ont cependant montré que rien ne permet de dire que l'adéquation des prescriptions médicales aux normes du ministère de la santé ou de l'OMS ou encore la qualité perçue des soins s'était détériorée.

Ainsi, face aux enfants ciblés par l'expérimentation, les agents de santé ont amélioré leur façon de prescrire en diminuant de 62% ($p < 0,005$) le recours aux antibiotiques. De même, ils ont diminué de 72% ($p < 0,005$) le recours aux produits injectables dans les cas d'infections respiratoires aiguës. En revanche, les prescripteurs n'ont pas modifié leurs pratiques pour les enfants de cinq à 10 ans qui continuent de payer les soins. De surcroît, tant dans le groupe des enfants ciblés par l'expérimentation que dans le groupe des enfants qui continuent de payer les soins, le nombre moyen de médicaments par ordonnance est resté stable ($n=2.2$).

Les parturientes ayant accouché dans les districts d'expérimentation jugent plus favorablement la qualité des soins que celles de Djibo où elles continuent de payer. La différence la plus importante concerne le prix de l'accouchement ($p < 0,000$). Les autres éléments positifs qui les distinguent le plus sont : la réponse aux questions ($p=0,007$), l'explication du déroulement du travail ($p=0,007$), la confiance et la sécurité ($p=0,007$), l'attention à l'allaitement ($p < 0,000$) et enfin le confort de l'installation ($p < 0,000$).

Pouvoir d'agir des femmes et des membres des comités de gestion

Les femmes rencontrées expliquent que l'exemption du paiement a permis de renforcer leur pouvoir d'agir, et notamment leur autonomie de décision vis-à-vis de leur mari. Certaines ont même affirmé

que cette situation où elles n'ont plus à demander de l'argent à leur mari pour se rendre au CSPS a changé leur position au sein du ménage.

Les membres des comités de gestion ont exprimé un plus grand sentiment de valorisation et de reconnaissance sociale dans les villages « *avant lorsque les soins étaient payants, les gens ne connaissaient même pas mon nom, maintenant cela a changé, on nous regarde différemment* ». Leur participation a été instrumentale à la réussite de l'expérimentation et de sa connaissance par la population. Ils ont aussi mieux compris leur rôle au sein du COGES, participent plus aux rencontres et ont acquis de nouvelles compétences de gestion grâce aux formations prodiguées lors de l'expérimentation. Les formations leur ont notamment permis de mieux prendre conscience de leurs responsabilités sociales concernant les indigents.

Dépenses de santé pour les ménages

L'expérimentation a permis de réduire les dépenses engendrées par la maladie pour les ménages. La distribution des dépenses a complètement changé. Avant l'expérimentation, la plupart des dépenses de santé des ménages se situaient dans la tranche de 1.000 à 5.000 F CFA (entre 47% et 50% selon la distance). Un an après, la majorité des ménages affirment ne rien avoir dépensé pour soigner leurs enfants (entre 57% et 67%), alors qu'ils n'étaient que 6% et 9% avant l'expérimentation.

Parmi les femmes qui ont accouché dans les districts de Dori et Sebba, la médiane des dépenses médicales qu'elles déclarent avoir payé à la maternité est de 196 F alors qu'elle est de 1.075 F pour les femmes de Djibo. La protection financière qu'apporte l'exemption du paiement se constate également au regard de la proportion de femmes qui, en raison du paiement de l'accouchement au point de service, se retrouvent à faire face à des dépenses que l'on peut qualifier d'excessives par rapport à celles de toutes les femmes de l'enquête⁶. Ainsi, quelle que soit la constante k (0,5 ; 1 ; 1,5) que l'on utilise pour l'analyse (test de sensibilité), la proportion de femmes ayant des dépenses excessives (Figure 2) est deux fois moins importante dans les districts où l'expérimentation est en place (exemption 100%) par rapport au district qui applique seulement la politique nationale (subvention 80%). La distribution des ménages au sein de ces deux populations (100% vs 80%) reflète cette différence (Figure 3). De plus, ce niveau de dépenses excessives largement plus important dans le district où l'expérimentation n'est pas en place est valable tant pour les plus pauvres (Q1) que les moins pauvres (Q5). Ajoutons enfin, que les écarts de dépenses excessives entre les groupes sociaux sont systématiquement plus grands dans le district où l'expérimentation n'est pas mise en place. Par exemple l'écart (Q5-Q1 pour $k=0,5$) est de 4,10 points de pourcentages à Djibo alors qu'il n'est que de 0,8 à Dori et Sebba. On constate donc moins d'inégalités dans les districts d'expérimentation.

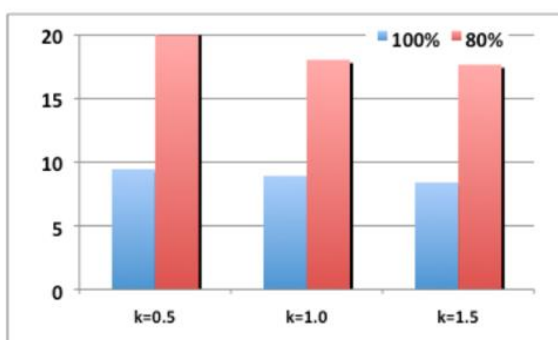


Figure 2 : proportion de femmes ayant des dépenses excessives selon le pourcentage de subvention du prix de l'accouchement

⁶ Pour des précisions méthodologiques sur cette analyse endogène (et non exogène lorsque l'on utilise le concept de dépenses catastrophiques) des dépenses de santé, voir pour une étude en Inde (Mukherje et al., 2011) et pour une application au Burkina (Ridde, Kouanda, Bado, Bado, & Haddad, 2011).

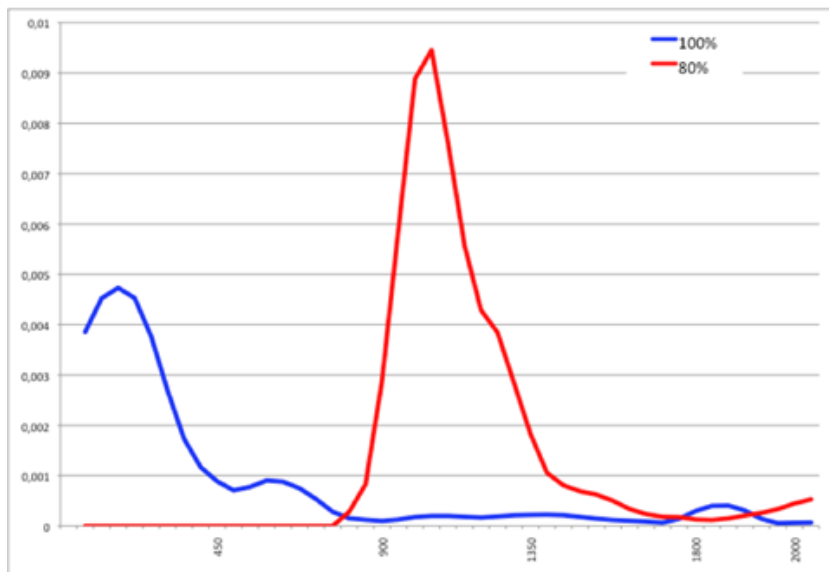


Figure 3 : distribution des dépenses d'accouchements au point de service déclarées par les femmes

Fréquentation des centres de santé

Pour les accouchements assistés dans les CSPS, la modélisation⁷ montre que l'effet net attribuable à l'expérimentation douze mois après son démarrage dans le district de Dori est de 9,1 accouchements supplémentaires mensuels par CSPA et 4,8 dans ceux du district de Sebba. Ce gain vient s'ajouter et compléter celui obtenu préalablement par la subvention gouvernementale de 80% des coûts des accouchements. L'enquête dans les ménages confirme cette hausse et montre que la proportion de femmes ayant accouché dans les CSPA a doublé, qu'elles vivent loin ou proche des maternités, qu'elles soient pauvres ou moins pauvres.

Pour les enfants de moins de cinq ans, la modélisation montre que les effets sont aussi immédiats et durables, y compris pour les enfants vivant loin des CSPA. L'effet net⁸ moyen observé au cours des 12 mois suivant l'expérimentation sur la fréquentation des CSPA par les enfants vivant à plus de 10 km est de plus 48%, de plus 75% pour ceux vivant entre cinq et neuf kilomètres et de plus 66% pour ceux situés à moins de cinq kilomètres. L'enquête dans les ménages confirme ces effets pour ceux dont un enfant a eu un épisode de maladie les 30 jours précédents l'enquête (n=832). Par exemple, la proportion d'enfants ayant consulté un CSPA en premier recours est passée de 25% à 72%⁹ pour les plus pauvres (Q1) et de 41% à 83% pour les enfants vivant à plus de 10 kilomètres d'un CSPA. L'enquête confirme en outre que l'expérimentation a été favorable aux plus pauvres. En effet, malgré les contraintes de ressources et de transport qui pèsent plus lourdement sur 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 (Figure 4). Aujourd'hui, dans un 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, ce qui est de très bon augure pour la survie des enfants.

⁷ Ce qui permet de prendre en compte les tendances séculaires et les variations de taille des populations cible.

⁸ En tenant compte de la tendance séculaire, des variations saisonnières de la fréquentation et de la taille de la population cible des CSPA.

⁹ En tenant compte de la sévérité perçue du problème de santé, des différences entre les deux districts, des particularités non mesurées des aires de santé des CSPA et des ménages.

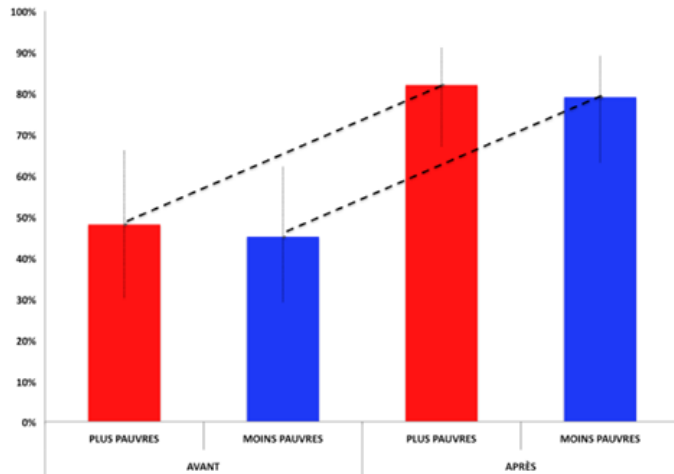


Figure 4 : proportion des enfants vivant à plus de 10 km ayant recours au centre de santé dans les trois jours de la survenue de la maladie

Sélection des indigents

Avant que l'ensemble des COGES des deux districts ne mettent en place un système de prise en charge des indigents en 2011, quatre CSPS en 2009 ont tenté l'expérience dans 51 villages en 2010. Sur les 656 indigents sélectionnés par les comités villageois, 147 (22%) ont été retenus par les COGES dont 69% sont âgés de plus de 50 ans. On doit remarquer d'emblée que le résultat de cette sélection est une très faible couverture car seulement 0,21% des pauvres vivant dans l'aire de santé des quatre CSPS ont été retenus comme indigents et 0,28% des extrêmement pauvres. Ces personnes ont ensuite obtenu une carte d'exemption signée par le Préfet et le Ministère de l'Action Sociale. La mesure de leur revenu a montré que 15% des indigents vivent dans des ménages extrêmement pauvres, alors qu'ils ne sont que 9% à l'échelle du pays. Les COGES ont de plus minimisé les biais d'inclusion car ils n'ont sélectionné que 0,12% de non pauvres et 0,15% de non extrêmement pauvres.

Une expérimentation nécessaire ?

Les résultats de cette expérimentation montrent que la capacité contributive des ménages contraint fortement leur utilisation des services de santé lorsqu'ils en ont besoin. Était-il vraiment nécessaire d'apporter cette preuve ? Pour ceux qui connaissent les écrits scientifiques sur le paiement des soins en Afrique, il apparaîtrait en effet surprenant de vouloir faire cette démonstration alors même que toutes les recherches ont montré depuis 20 ans que le paiement au point de service était une barrière majeure au recours aux soins ([ALJPAL, 2011](#); [Haddad & Fournier, 1995](#); [Lagarde & Palmer, 2011](#)). Mais il faut se replacer dans le contexte de cette expérimentation pour mieux en comprendre la pertinence.

Des besoins qu'il fallait enfin considérer

L'expérimentation intervient dans un contexte social et sanitaire particulièrement préoccupant, notamment car l'utilisation des services de santé dans la région du Sahel est très faible ([INSD, 2010a](#)). Les autorités régionales, l'ONG et son bailleur de fonds (ECHO) voulaient donc agir rapidement. L'exemption du paiement des soins au point de service a montré qu'ils avaient raison, tant les effets sont spectaculaires pour les plus vulnérables et favorables aux plus pauvres.

S'attaquer aux mythes

Il faut rappeler que le contexte politique et idéologique du Burkina est peu favorable aux politiques d'exemption et à la réalisation du droit à la santé. Les décideurs peinent à s'engager dans des réformes visant la couverture universelle aux soins de santé par l'intermédiaire d'un système de prépaiement équitable. La volonté politique n'est pas encore au rendez-vous, y compris pour les indigents ([Ridde, Yaogo, et al., 2011](#)) et les idées reçues perdurent ([Dagenais, 2011](#)). Récemment encore, des responsables du ministère de la santé ont affirmé que l'exemption du paiement au point de service allait « *déresponsabiliser* » les malades ([ministère de la Santé, 2010b](#)) et des agents de santé que cela allait avoir des effets sur la « *croissance démographique* » ([Ouédraogo, Nébié, & Rouamba, 2010](#)). Nous sommes au cœur des mythes sur le paiement direct ([FCRSS, 2011](#)). Certains fonctionnaires des agences des Nations Unies (OMS, UNICEF) ou de la Commission Européenne au Burkina Faso sont aussi réticents à ces approches alors que leurs sièges ont déclaré leur soutien à cette solution. Rappelons que le Burkina a été le dernier pays de la région à supprimer le paiement des ARV pour les malades du sida (2010) et il refuse de supprimer le paiement des ACT pour les enfants victimes du paludisme simple ou pour les femmes qui accouchent, contrairement aux promesses présidentielles de 2010.

La pérennité et la volonté politique

La pérennisation est le processus qui permet d'atteindre la pérennité, dont la viabilité financière n'est qu'une des dimensions. Aussi, plusieurs données témoignent que l'expérimentation a usé d'un processus de pérennisation favorable à la pérennité : i) la pertinence sociale, l'approche participative et la forte adhésion des populations à la gratuité des soins pour les personnes vulnérables ; ii) une intégration totale de l'expérimentation au sein du système de santé en place (respecte ses principes et ses modalités de fonctionnement, renforce la participation communautaire, l'équité et l'utilisation des services tout en maintenant la qualité des soins) ; iii) la production de nombreuses évaluations rigoureuses et la réalisation de stratégies d'application des connaissances ([Dagenais, 2011](#)). Tous ces processus ont peut-être participé au fait que le nouveau Programme national de développement sanitaire (2011-2020) s'engage à « *élargir la gamme de prestations couvertes par les subventions et assurer leur pérennisation* ».

Ainsi, l'ONG n'agit donc en substitution de l'État que dans sa fonction de tiers-payeur. L'expérimentation est restée simple car la supervision, la formation et le contrôle devraient être des prérogatives assumées par l'État. C'est ici qu'intervient la volonté politique, tant de l'État que de ses partenaires financiers. Il faut noter que les citoyens du Burkina perçoivent que la santé n'est toujours pas une priorité gouvernementale ([Abiola et al., 2011](#)), ce que le gouvernement reconnaît dans son PNDS en affirmant qu'il octroi « *un financement insuffisant [à] la santé et une gestion peu rationnelle des ressources allouées* ». Le faible budget alloué au système de santé en est un témoignage factuel, seulement 8,9% du budget national en 2010, soit moins de 10 Euros par habitant et par an ([ministère de la santé, 2010a](#)). De même, seulement 0,6 % de la richesse nationale ont été consacrés entre 2005 et 2009 à des programmes sociaux, ce qui fait du Burkina l'un des pays consacrant le moins de ressources à cette priorité ([World Bank, 2010](#)). Le Ghana voisin a montré une autre volonté car en quelques années, il s'est donné les moyens d'instaurer une assurance nationale (en levant notamment de nouvelles taxes) qui couvre aujourd'hui plus de la moitié de la population. Mais en même temps, le Ghana a exempté du paiement de la prime 70 % des assurés, notamment les femmes enceintes, les enfants et les indigents ([Sarpong et al., 2010](#)). Si l'État burkinabè voulait vraiment concrétiser les déclarations présidentielles de 2010 de rendre les accouchements gratuits dans les CSPS, le budget voté par l'Assemblée nationale en 2006 pour la politique de subvention est suffisant. La prise en charge des indigents ayant été financé par les COGES, la viabilité financière est résolue. Il reste maintenant la question des enfants de moins de cinq ans, que le respect des engagements émis par l'État en 2004 d'allouer 13% de son budget au système de santé devrait permettre de résoudre ([ministère de l'Economie et du Développement, 2004](#)).

Conclusion

Les Burkinabè demandent que la santé devienne la première priorité du gouvernement ([Abiola et al., 2011](#)). L'exemption du paiement des soins au point de service n'est pas la panacée. Mais cette expérimentation a montré que, telle que mise en œuvre, elle respecte les fondements du système de santé tout en permettant, enfin, un accès plus efficace et plus équitable. L'expérimentation peut maintenant probablement être comprise comme un premier pas vers la couverture universelle aux soins de santé réclamée par l'OMS ([2010](#)) vers laquelle les voisins du Ghana se sont souverainement engagés. Les décideurs politiques et leurs partenaires (notamment l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF très influents localement) devraient maintenant prendre la responsabilité de l'extension et de la pérennité de tout ou partie d'une telle expérience à l'échelle du pays, notamment en se donnant les moyens de la financer.

Remerciements

L'expérimentation et son évaluation ont impliqué de très nombreuses personnes que nous ne pouvons pas toutes remercier nominativement, mais elles se reconnaîtront. L'enquête ménage a été réalisée avec le soutien de AFRICsanté. Nos remerciements vont aux autorités sanitaires (DRS, ECD), aux médecins chefs, aux agents de santé, aux COGES et aux familles de la région du Sahel qui n'ont jamais ménagé leurs disponibilités lors des enquêtes. L'analyse des données a été en partie financée par ECHO et le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRSQ). Valéry Ridde dispose d'une bourse salariale des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Références

- Abiola, S. E., Gonzales, R., Blendon, R. J., & Benson, J. (2011). Survey In Sub-Saharan Africa Shows Substantial Support For Government Efforts To Improve Health Services. *Health Affairs*, 30(8), 1478-1487. doi:10.1377/hlthaff.2010.1055
- African Union. (2010). Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 – 27 July 2010 Kampala, Uganda.
- ALJPAL. (2011). The price is wrong. J-pal bulletin [avril 2011] (p. 12): Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
- Bamberger, M., & Rugh, J. (2009). Composer avec les contraintes inhérentes à la pratique de l'évaluation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Concepts et pratiques de l'évaluation de programme. Manuel d'enseignement*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Dagenais, C. (2011). Évaluation externe du volet partage/diffusion des connaissances et plaidoyer (Axe 4) du projet de subvention de l'ONG HELP e. V. au Burkina Faso (p. 28). Montréal: UdeM/Clipp.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V., Sarkera, M., Tiendrebéogoc, J., Yé, M., . . . Jahn, A. (2010). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees : a case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 99(3), 210-218
- FCRSS. (2011). Mythe : Les frais d'utilisation mettraient fin au gaspillage et garantiraient une meilleure utilisation du système de soins de santé (p. 4. http://www.fcrrs.ca/Migrated/PDF/myth4_f.pdf). Ottawa.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science and Medicine*, 40(6), 743-753
- Haddad, S., Nougara, A., & Fournier, P. (2006). Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 11(12), 1-9
- INSD. (2010a). Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso, 2010. Ouagadougou: INSD.
- INSD. (2010b). La région du Sahel en chiffres (p. 8). Ouagadougou: Ministère de l'économie et des finances.
- Johri, M., V. Ridde, R. Heinmueller, F. Sossa, et S. Haddad, (2013) 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, UdeM/CRCHUM/HELP: Montréal. p. 4.
- Kafando, Y., & Ridde, V. (2010). Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé. *Cahiers Santé*, 20(3), 153-161
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. . *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. Art. No.: CD009094. (DOI: 10.1002/14651858.CD009094)
- Marchall, P., & Flessa, S. (2011). Efficiency of primary care in rural Burkina Faso. A two-stage DEA analysis. *Health Economics Review*, 1(5; <http://www.healtheconomicreview.com/content/1/1/5>)
- ministère de l'Economie et du Développement. (2004). Programme d'actions prioritaires de mise en oeuvre du CSLP 2004-2006 (p. 120). Ouagadougou.
- ministère de la santé. (2009). Recueil des indicateurs actualisés de santé (1997-2008) (p. 132). Ouagadougou.
- ministère de la santé. (2010a). Annuaire statistique 2010 (p. 196). Ouagadougou: ministère de la santé. DGISS.
- ministère de la Santé. (2010b). Réduire la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso. Gratuité des soins aux femmes et aux nouveau-nés. Eléments de réflexion et d'estimation des coûts (p. 12). Ouagadougou: DSF.
- Mukherje, S., Haddad, S., & Narayana, D. (2011). Social class related inequalities in household health expenditure and economic burden: evidence from Kerala, south India. *International Journal of Equity Health*, 10(1 : 1)
- OMS. (2010). Rapport sur la santé dans le monde. Financement d'une couverture universelle (p. 120). Genève: OMS.
- Ouedraogo, C., Nébié, G., & Rouamba, G. (2010). *La gratuité des soins maternels dans les pays pauvres. Efficacité, pérennité, effets pervers ou inattendus. Exemple du Burkina Faso*. Paris.
- Patton, M. Q., & LaBossière, F. (2009). L'évaluation axée sur l'utilisation. Dans V. Ridde & C. Dagenais (dir.), *Approches et pratiques de l'évaluation de programme*. (p. 143-158). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Petticrew, M., Cummins, S., Ferrell, C., Findlay, A., Higgins, C., Hoy, C., . . . Sparks, L. (2005). Natural experiments: an underused tool for public health? *Public Health*, 119(9), 751-757
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N., & Haddad, S. (2011). Les plus pauvres bénéficient aussi de la réduction des coûts des accouchements au Burkina Faso. Note d'information numéro 4. LASDEL-CRCHUM-AFD/CRDI (p. 4). Montréal.
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11
- Ridde, V., & Queuille, L. (2006). Évaluer l'empowerment: tentative d'application d'un cadre d'analyse en Haïti. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(3), 173-180
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Sanfo, M., . . . Haddad, S. (2011). Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights*, 11(Suppl 2), S9
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., & Bicaba, A. (2010). A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 10-15.doi:10.1136/jech.2008.086793
- Sambo, L., Kirigia, J., & Ki-Zerbo, G. (2011). Perceptions and viewpoints on proceedings of the Fifteenth Assembly of Heads of State and Government of the African Union Debate on Maternal, Newborn and Child Health and Development, 25-27 July 2010, Kampala, Uganda. *BMC Proceedings*, 5(Suppl 5), S1
- Sarpong, N., Loag, W., Fobil, J., Meyer, C. G., Adu-Sarkodie, Y., May, J., & Georg Schwarz, N. (2010). National health insurance coverage and socio-economic status in a rural district of Ghana. *Tropical Medicine and International Health*, 15(2), 191-197.doi:TMI2439 [pii] 10.1111/j.1365-3156.2009.02439.x

The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). Leading by example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis (p. 59). Oslo: Office of the Prime Minister of Norway.

World Bank. (2010). Burkina Faso Social Safety Nets (p. 119). Washinton: World Bank. Human Development Departement. Social Protection Unit. Africa Region.