20. L'utilisation des services de santé par les indigent-e-s du Burkina Faso

YVONNE BEAUGÉ, MANUELA DE ALLEGRI, SAMIRATOU OUÉDRAOGO, EMMANUEL BONNET, NAASEGNIBE KUUNIBE ET VALÉRY RIDDE

Introduction

Les exemptions du paiement des frais d'utilisation visent à faciliter l'accès aux services de santé en supprimant les barrières financières au point d'utilisation des services (Hatt *et al.*, 2013)[1]. Malgré la mise en œuvre croissante de ces exemptions, peu d'attention scientifique est accordée aux personnes indigentes au Burkina Faso et on ne sait pas si l'utilisation des services de santé augmente effectivement. La plupart des preuves proviennent d'autres pays tels que le Cambodge, le Cameroun, le Maroc et la Zambie, qui montrent généralement une augmentation de l'utilisation des services parmi les plus pauvres (Cottin, 2018; Flink *et al.*, 2016; Hardeman *et al.*, 2004; Jacobs *et al.*, 2007; Jacobs & Price, 2006) ou au sein d'autres groupes de population comme les femmes enceintes et les enfants (Nguyen *et al.*, 2018; Ridde *et al.*, 2013; Zombré *et al.*, 2017). Au Burkina Faso, seuls Atchessi *et al.* (2016) ont mené une étude sur l'utilisation des services de santé par des personnes indigentes dans un district et ont rapporté que la distribution des cartes d'exemption de frais n'augmentait pas l'utilisation des soins de santé.

1. Ce chapitre est la traduction d'un article publié à l'origine en anglais et édité/réduit pour ce livre : Beaugé, Y., De Allegri, M., Ouédraogo, S., Bonnet, E., Kuunibe, N. & Ridde, V. (2020). Do targeted user fee exemptions reach the ultra-poor and increase their healthcare utilisation? A panel study from Burkina Faso. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18). doi : 10.3390/ijerph17186543.

Compte tenu de la très faible utilisation des soins de santé par les plus pauvres, le gouvernement du Burkina Faso a adopté diverses politiques pour les exempter du paiement des services de santé au niveau primaire, d'abord dans le cadre de la mise en œuvre l'initiative de Bamako, puis à d'autres occasions. La loi actuelle sur l'assurance maladie universelle, adoptée en septembre 2015, reconnaît également la responsabilité de l'État de payer intégralement les frais d'utilisation des soins de santé des indigent-e-s. Cependant, presque toutes les politiques ciblant spécifiquement les indigent-e-s ont jusqu'à présent été plutôt inefficaces, en raison d'une mise en œuvre chaotique, de processus technocratiques et d'un financement insuffisant (Ridde, 2015).

En plus des nombreuses tentatives politiques, le gouvernement burkinabè a mis en place plusieurs programmes pilotes d'exemption du paiement des frais d'utilisation à plus petite échelle dans le pays. En 2014, le Burkina Faso a testé le financement basé sur la performance (FBP) (Ridde *et al.*, 2014; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017) en combinaison avec des exemptions ciblées de frais d'utilisation (De Allegri *et al.*, s.d.) à plus grande échelle dans huit districts sanitaires (Diébougou, Batié, Kongoussi, Kaya, Ouargaye, Tenkodogo, Gourcy et Ouahigouya)[2]. Un ciblage communautaire a été utilisé pour identifier jusqu'à 20% de tous et toutes les individus résidant dans les districts considéré-e-s comme étant extrêmement pauvres, donc indigent-e-s. Des comités de sélection communautaires (CSC) ont été mis en place dans tous les districts au niveau des villages pour sélectionner les pauvres. Toutes les personnes indigentes identifiées étaient censées recevoir une carte d'exemption qui prouvait leur statut d'indigent-e (tableau 1) et leur permettait d'accéder gratuitement à tous les services inclus dans l'ensemble des prestations du FBP (Beaugé *et al.*, 2018). L'ensemble des prestations du FBP couvrait les services de soins maternels, les consultations curatives générales, les services liés au VIH, les services liés à la tuberculose et le planning familial (De Allegri *et al.*, 2018). Les établissements de soins ont reçu une somme forfaitaire pour compenser la perte de revenus provenant de l'exemption des frais d'utilisation. Néanmoins, les éléments de

2. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

l'évaluation du processus ont montré que toutes les personnes indigentes initialement sélectionnées n'avaient pas reçu une carte d'exemption.

L'objectif de la présente étude était d'examiner les facteurs associés à la réception de cartes d'exemption de frais d'utilisation des services de santé et de comprendre quelles personnes étaient susceptibles de la recevoir. L'étude a aussi évalué si les exemptions du paiement des frais d'utilisation ciblées pour les personnes indigentes ont augmenté l'utilisation des services de santé. Sur la base d'études antérieures concernant les effets des politiques de réduction/suppression des frais d'utilisation[3], l'hypothèse était que la possession de la carte entraînerait une augmentation de l'utilisation des services pour les indigent-e-s exempté-e-s.

Tableau 1. Population, nombre et pourcentage de personnes indigentes identifiées, et réception de la carte d'exemption par district.

District	Population	Sélection d'indigent-e-s	Pourcentage de la population sélectionnée comme indigent-e-s (%)	Carte d'exonération mensuelle reçue par le district
Diébougou	69,062	6034	9	Février 2016
Gourcy	132,280	5879	4	Juin 2016
Kaya	554,117	22,889	4	Novembre 2015
Ouargaye	277,082	16,465	6	Décembre 2015
Tenkodogo	216,190	18,769	9	Décembre 2015
Kongussi	343,434	6076	2	Novembre 2015
Ouahigouya	114,294	19,937	17	Juin 2016
Batie	39,330	6560	17	Février 2016

Méthodes

Conception de l'étude et population

Cette étude s'est appuyée sur des données collectées auprès de 1652 personnes indigentes. Ces personnes ont été interrogées avant et après la distribution de carte d'exemption des paiements, respectivement entre février et avril 2015 puis entre février et mars 2017. Elles résidaient dans les districts sanitaires de Diebougou, Gourcy, Kaya et Ouargaye, dans les régions du sud-ouest, du centre-

3. Voir le chapitre de Nguyen *et al.*

nord, du centre-est et du nord du Burkina Faso. Toutes les personnes interrogées ont été initialement identifiées comme étant des indigentes lors d'un processus de ciblage communautaire intégré au programme FBP.

Les indigentes interrogées ont été sélectionné-e-s selon une technique d'échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés. La première étape a consisté à sélectionner au hasard les districts de résidence de ces personnes, à savoir quatre districts parmi huit. Ces quatre districts comprenaient un total de 1 032 541 habitant-e-s, dont 51 267 personnes ont été identifiées comme indigentes. La deuxième étape a été la sélection aléatoire de communes et de villages au sein de chaque district. Les villages n'ont été inclus que s'ils contenaient un minimum de 10 personnes indigentes. Cinquante-huit villages répondaient à ce critère. La troisième étape a consisté à sélectionner des personnes indigentes âgées de 18 ans et plus, dont le nom figurait sur la liste originale des indigent-e-s qui ont été recrutées pour l'enquête de base[4]. Des détails supplémentaires sur les procédures d'échantillonnage sont décrits ailleurs (Ouédraogo *et al.*, 2017; Pigeon-Gagné *et al.*, 2017).

Résultats

Sur les 1 652 indigent-e-s recruté-e-s pour l'enquête de base en 2015, 1 260 (76,27%) ont répondu à l'enquête finale en 2017. En effet, après la première collecte de données en 2015, 124 (32%) répondant-e-s ont été perdu-e-s lors de l'enquête de suivi en 2017, et 144 (37%) ont été physiquement absent-e-s lors de visites répétées de l'équipe d'enquête. Les répondant-e-s qui n'ont pas pu participer à l'enquête de suivi ont été exclu-e-s de l'étude : 10 (3%) souffraient d'une maladie; 5 (1%) étaient à un âge avancé; 8 (2%) étaient mentalement malades; 6 (1%) avaient un handicap auditif; 90 (23%) étaient décédé-e-s, et 5 (1%) ont refusé de répondre au questionnaire. Le nombre de

4. Voir l'article original en anglais.

données des répondant-e-s pour l'analyse était de 1652 en 2015 et de 1260 en 2017, ce qui donnait un ensemble de données de panel non équilibré de 2912 observations.

Caractéristiques de l'échantillon

Le tableau 2 présente les statistiques descriptives et comparatives de toutes les variables inclues dans les analyses pour 2015 et 2017. Au départ, l'âge moyen de l'échantillon était de 55,13 ans (SD = 16,96), dont 67,6% étaient des femmes. La majorité des répondant-e-s vivaient dans le district de Diébougou (33,17%), n'étaient pas alphabétisé-e-s (93,70%), n'avaient aucune d'éducation (94,79%) et indiquaient ne souffrir d'aucune forme de handicap (76,45%). Environ 60% étaient marié-e-s, 42,80% étaient chefs de famille et 75,85% vivaient dans un rayon de 5 km autour du centre de santé le plus proche. Il y avait une forte concentration géographique des répondant-e-s sélectionné-e-s autour des centres de santé primaire (CSPS) à Diébougou, Gourcy, Kaya et Ouargaye (Figure 1, 2, 3 et 4).

Au moins 75,51% des répondant-e-s ont déclaré avoir reçu (possession de la carte) la carte d'exemption de frais d'utilisation des services de santé lors de l'enquête de suivi en 2017. En comparant les fréquences rapportées de 2015 avec celles de 2017, on constate une différence significative pour les variables âge (p = 0,00), taille du ménage (p = 0,00), santé perçue (p = 0,01), déclaration de maladie (p = 0,00) et utilisation des services de santé (p = 0,05). La taille moyenne des ménages en 2015 était de 1,61 (ET = 1,58) membres, contre 2,57 (ET = 1,97) en 2017. Au total, 19,49% des répondant-e-s en 2015 ont déclaré être en bonne santé, contre 23,49% des répondant-e-s en 2017 (p = 0,01). En 2015, 70,70% des répondant-e-s ont déclaré avoir eu au moins un épisode de maladie au cours des six derniers mois, contre 62,78% des répondant-e-s en 2017 (p = 0,00). Au départ, 64,21% ont signalé une utilisation des services de santé, contre 59,92% au moment du suivi (p = 0,05).

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques de l'échantillon de l'étude en 2015 et 2017.

Variables		2015 (N = 1652)		2017 (N = 1260)		Chi2 et t-Test	KS-Test	
Résultat		Fréquences	%	Fréquences	%	p-value	Valeur D	p-value
Signalement des maladies								
	Non	484	29.30	469	37.22	0.00	0.08	0.00
	Oui	1168	70.70	791	62.78			
Utilisation des services de santé								
	Non	418	35.79	317	40.08	0.05	0.08	0.00
	Oui	750	64.21	474	59.92			
Facteurs prédisposants								
Âge		55.13 (moyenne)	16.96 (SD)	57.22 (moyenne)	16.95 (SD)	0.00 (test t)	0.10	0.00
Genre								
	Homme	535	32.38	403	31.98	0.82	0.00	1.00
	Femme	1117	67.62	857	68.02			
État civil								
	Tout le reste	678	41.04	491	38.97	0.26	0.02	0.92
	Marié	974	58.96	769	61.03			
Chef de ménage								
	Non	945	57.20	711	56.43	0.68	0.01	1.00
	Oui	707	42.80	549	43.57			
Taille du ménage		1.61 (moyenne)	1.58 (SD)	2.47 (moyenne)	1.97 (SD)	0.00 (test t)	0.20	0.00
Facteurs favorables								
Possession d'une carte d'exonération								
	Non	1652	100.00	306	24.29	NA1	0.76	0.00
	Oui	0	0.00	954	75.51			
Éducation								
	Non	1566	94.79	1187	94.21	0.49	0.01	1.00
	Oui	86	5.21	73	5.79			
Alphabétisation de base								
	Non	1548	93.70	1187	94.21	0.57	0.01	1.00
	Oui	104	6.30	73	5.79			
Distance par rapport au centre de soins de santé le plus proche								
	< 5 km	1253	75.85	940	74.60	0.44	0.01	1.00
	> 5 km	399	24.15	320	25.40			
Facteurs de besoin								
État de santé								
	Tout le reste	1330	80.51	964	76.51	0.01	0.04	0.20
	Bon	322	19.49	296	23.49			
Handicap								
	Non	1263	76.45	992	78.73	0.15	0.02	0.85
	Oui	389	23.55	268	21.27			
Variables supplémentaires								
District de santé								
	Kaya (1)	400	24.21	283	22.46	0.41	0.12	0.98
	Ouargaye (2)	423	25.61	354	28.10			
	Diebougou (3)	548	33.17	412	32.70			
	Gourcy (4)	281	17.01	211	16.75			
Heure								
	2015	1652	100.00	0	0.00	NA	NA	NA
	2017	0	0.00	1260	100.00			

[1] NA indique sans objet

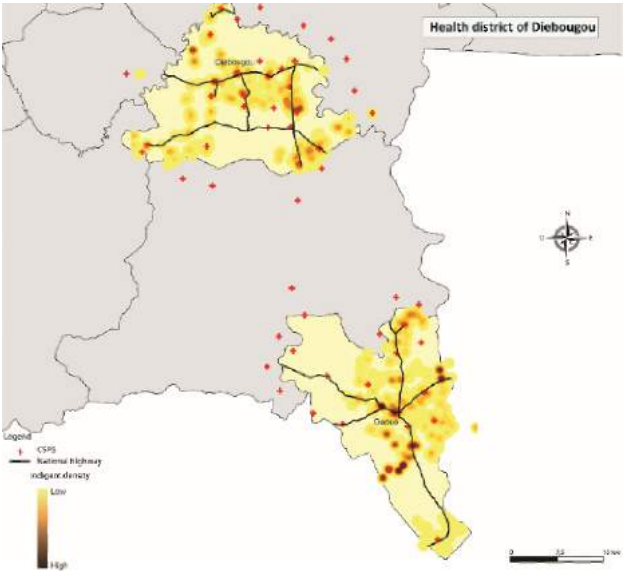

Figure 1. *Concentration géographique des répondant-e-s à Diébougou.*

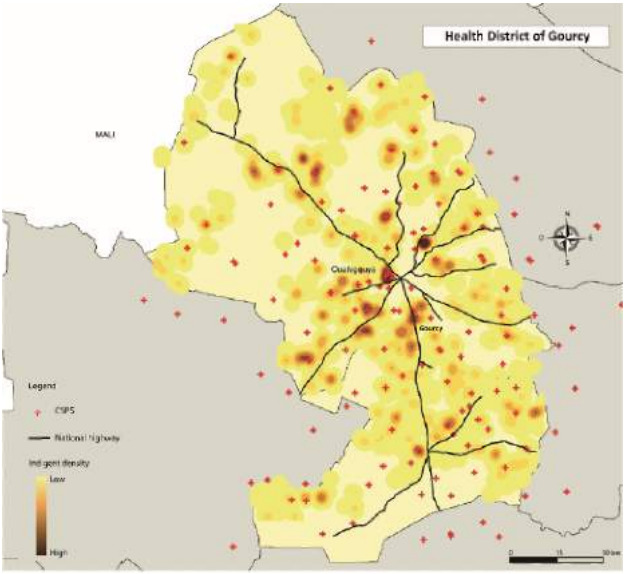

Figure 2. *Concentration géographique des répondant-e-s à Gourcy.*

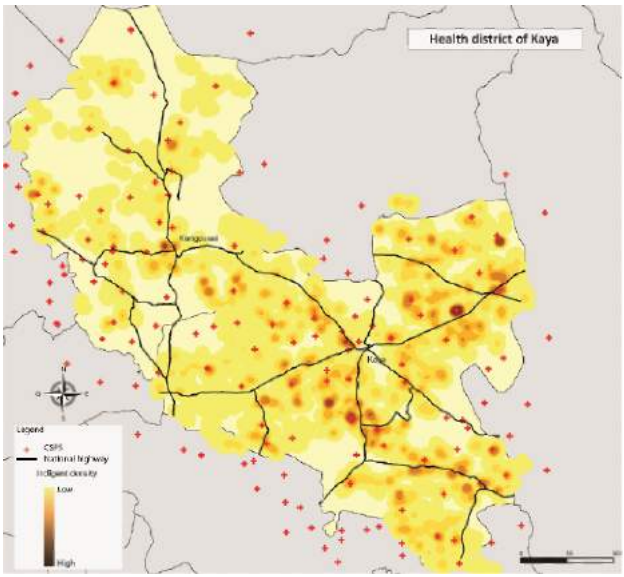

Figure 3. *Concentration géographique des répondant-e-s à Kaya.*

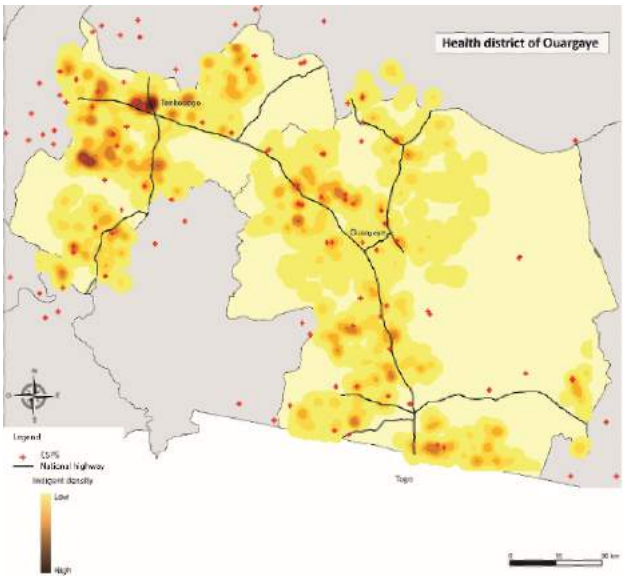

Figure 4. *Concentration géographique des répondant-e-s à Ouargaye.*

Analyse concernant la possession de cartes d'exemption de frais d'utilisation

Le tableau 3 présente les résultats du modèle identifiant les déterminants de la possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation. L'alphabétisation de base (p = 0,03), la distance inférieure à 5 km du centre de santé le plus proche (p = 0,02) et la résidence dans le district sanitaire de Diébougou (p = 0,00) et de Gourcy (p = 0,01) étaient positivement associées à la possession d'une carte.

Tableau 3. Modèle de régression sur la possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation.

Variable	Coefficient de régression (β)	Erreur Std	*p-Value*	[95% IC]	
Facteurs prédisposants					
Age	0.00	0.00	0.98	-0.01	0.01
Sexe	−0.19	0.19	0.31	-0.56	0.18
État civil	-0.07	0.17	0.69	-0.39	0.26
Statut dans le ménage	-0.23	0.17	0.18	-0.57	0.10
Taille du ménage	0.06	0.04	0.11	-0.01	0.14
Facteurs favorables					
Education	-0.14	0.38	0.72	-0.88	0.61
Alphabétisation de base	-0.77	0.37	0.03	-1.49	-0.06
Distance par rapport au centre de soins de santé le plus proche	-0.38	0.15	0.02	-0.68	-0.07
Facteurs de besoin					
La santé perçue	0.22	0.17	0.19	-0.11	0.56
Handicap	0.04	0.18	0.81	-0.32	0.41
District de santé (Référence Kaya)					
Ouargaye	-0.09	0.18	0.59	-0.44	0.25
Diebougou	1.31	0.20	0.00	0.09	1.70
Gourcy	1.75	0.28	0.01	1.20	2.31
_cons	0.81	0.42	0.06	-0.02	1.65

Analyse concernant l'utilisation des services conditionnellement à la déclaration de maladie

Le tableau 4 présente les résultats du modèle à effets aléatoires prédisant l'utilisation des services de santé conditionnellement à la déclaration de maladie et la possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation des services de santé (modèle 2). Ces analyses ont été contrôlées sur toutes les autres variables explicatives. Aucune association n'a été trouvée entre la possession de la carte d'exemption de frais et l'utilisation des services de santé (p = 0,73). En outre, l'éducation, l'alphabétisation de base, l'état civil et la distance entre le lieu d'habitation et le centre de santé n'étaient pas non plus associés à l'utilisation des services de santé. Le fait d'être chef de ménage

(p = 0,00), d'être un homme (p = 0,04) et d'avoir une plus grande taille de ménage (p = 0,02) étaient associés positivement à l'utilisation des services de santé, tandis qu'une meilleure perception de la santé était associée négativement. En revanche, le fait d'être handicapé-e (p = 0,00) et d'être d'un âge avancé (p = 0,00) étaient associés négativement à l'utilisation des services de santé.

Tableau 4. Modèle de régression sur l'utilisation des services (conditionné par la déclaration de maladie).

Variable	Coefficient de régression (β)	Erreur Std	*p-Value*	[95% IC]	
Facteurs prédisposants					
Age	-0.01	0.00	0.00	-0.02	-0.01
Sexe	-0.31	0.15	0.04	-0.61	-0.01
État civil	0.17	0.13	0.17	-0.07	0.42
Statut dans le ménage	0.42	0.13	0.00	0.16	0.68
Taille du ménage	0.08	0.03	0.02	0.01	0.14
Facteurs favorables					
Possession d'une carte d'exemption de frais d'utilisation	-0.07	0.20	0.73	-0.45	0.32
Éducation	0.45	0.35	0.20	-0.24	1.14
Alphabétisation de base	-0.25	0.1	0.42	-0.85	0.35
Distance par rapport au centre de soins de santé le plus proche	0.00	0.13	0.97	-0.25	0.26
Facteurs de besoin					
La santé perçue	-0.56	0.18	0.00	-0.92	-0.203
Handicap	-0.37	0.13	0.00	-0.63	-0.121
District de santé (Référence Kaya)					
Ouargaye	0.95	0.18	0.00	0.60	1.30
Diebougou	0.14	0.16	0.38	-0.17	0.45
Gourcy	0.10	0.18	0.58	-0.25	0.45
Heure	-0.26	0.18	0.16	-0.62	0.10
_cons	1.12	0.34	0.00	0.45	1.79
/lnsig2u	-0.57	0.50		-1.54	0.41
sigma_u	0.75	0.19		0.46	1.23
rho	0.15	0.06		0.06	0.31
Test LR de rho = 0: chibar2(01)	5.93				
Prob >= chibar2	0.01				

Discussion

Une constatation essentielle de cette recherche est que la majorité des indigent-e-s identifié-e-s ont reçu les cartes d'exemption. En outre, la possession de cartes d'exemption était positivement associée au fait d'avoir reçu une l'alphabétisation de base, au fait de résider à une distance inférieure à 5 km du centre de santé le plus proche et au fait de résider dans les districts sanitaires de Diébougou et de Gourcy. Contrairement à l'hypothèse initiale, les résultats indiquent que la possession des cartes d'exemption n'a pas augmenté l'utilisation des services de santé par les indigent-e-s. Le

fait d'être chef de ménage, d'être un homme, d'avoir une mauvaise perception de la santé, d'être plus âgé-e, de ne pas souffrir d'un handicap et d'avoir un ménage plus important étaient positivement associés à l'utilisation des services de santé.

Les résultats semblent contredire les conclusions tirées d'études antérieures menées dans d'autres contextes qui suggéraient une augmentation substantielle de l'utilisation des services par les pauvres après l'introduction d'exemptions de frais d'utilisation (Cottin, 2018; Flores *et al.*, 2013; Garchitorena *et al.*, 2017; Jacobs *et al.*, 2007; Lagarde et *al.*, 2012; Ridde, 2015). Par exemple, Jacobs *et al.* (2007) ont examiné l'impact des fonds d'équité en matière de santé au Cambodge sur l'utilisation des services de santé. En utilisant des analyse de séries chronologiques interrompues d'utilisation mensuelle des services de santé entre 2006-2013, ils ont montré une augmentation de leur utilisation par les pauvres. Cependant, cette politique nationale au Cambodge s'attaque également aux obstacles non financiers et prévoit le remboursement des frais de transport des bénéficiaires vers l'établissement de santé ou des allocations alimentaires quotidiennes pour les soignant-e-s (Jacobs *et al.*, 2007), ce qui n'a pas été le cas au Burkina Faso. Les données de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest sur les interventions pilotes d'exemption de frais ont généralement tiré des conclusions positives et démontré une augmentation de l'utilisation des services parmi les pauvres (Abdu *et al.*, 2004; Flores *et al.*, 2013; Garchitorena *et al.*, 2017; Ridde, 2015). Une étude de Cottin réalisée en 2018 a estimé qu'un programme national d'exemption du paiement des frais avait un effet positif modeste sur l'utilisation des soins de santé par les pauvres au Maroc. Cependant, aucune de ces études sur les plus pauvres n'a utilisé un modèle de panel pour mesurer l'effet des exemptions sur l'utilisation.

Nos résultats concordent cependant avec ceux d'autres études antérieures. Par exemple, en utilisant une méthode de contrôle synthétique commune, Lépine *et al.* (2018) ont indiqué que la suppression des frais d'utilisation en Zambie n'avait pas entraîné une augmentation de l'utilisation des soins de santé par les personnes indigentes. Par rapport à la superficie du Cambodge, dont les résultats d'une étude présentée plus haut étaient contradictoires, la Zambie est quatre fois plus grande, ce qui pourrait avoir contribué aux

différences d'impact de la suppression des frais d'utilisation entre les pays, puisque la population est répartie sur une plus grande superficie, ce qui rend l'accès aux services de santé plus difficile. Atchessi *et al.* (2014) ont mené une étude pré-post à Ouargaye (Burkina Faso) et ont rapporté une augmentation de l'utilisation des services de santé parmi les indigent-e-s de 2010 à 2011, qui n'était toutefois pas associée à la possession de cartes d'exemption. Conformément à nos conclusions, l'étude soutient que les facteurs socioculturels tels que le sexe et les croyances culturelles, ainsi que des transports abordables, auraient pu être des déterminants plus influents[5].

Le rôle de la conception et de la mise en œuvre des interventions

Pour mieux comprendre pourquoi la possession de cartes d'exemption de frais d'utilisation n'a pas augmenté l'utilisation des services de santé par les plus pauvres au Burkina Faso, les résultats doivent être interprétés en fonction du contexte de l'intervention et de sa mise en œuvre[6].

Premièrement, il est important de considérer que les responsables de la mise en œuvre ont dû réduire deux fois le niveau des prix de remboursement (y compris les incitations financières pour atteindre les pauvres) pour tous les services en raison de contraintes budgétaires (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). En examinant les 18 premiers mois de mise en œuvre (janvier 2014 à mai 2016), Turcotte-Tremblay *et al.* (2017) ont rapporté que certain-e-s prestataires de soins de santé étaient insatisfait-e-s des compensations reçues pour le traitement des indigent-e-s. Ils et elles ont fait valoir que puisque cette population est affectée par de multiples morbidités, les remboursements forfaitaires basés sur les cas et fixés autour du coût moyen du traitement n'étaient pas suffisants pour couvrir leurs coûts réels de prestation de soins de santé (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). Par conséquent, on émet l'hypothèse que les incitations perçues par

5. Voir le chapitre de Louart *et al.*
6. Voir les chapitres de Ridde *et al.* et de Turcotte-Tremblay *et al.*

les prestataires étaient trop faibles et que, pour cette raison, les prestataires n'étaient pas suffisamment motivé-e-s pour prendre l'initiative d'attirer des plus pauvres dans les établissements comme prévu par le programme FBP. Bien qu'une enquête plus approfondie soit certainement nécessaire, des ajustements généraux des niveaux de prix de remboursement sont recommandés, en tenant compte du profil de morbidité complexe des indigent-e-s.

En outre, en raison de retards importants dans les remboursements[7], certains établissements de soins ont facturé les indigent-e-s indépendamment de leur carte d'exemption (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2017). Dans le même temps, il faut noter qu'un quart des indigent-e-s identifié-e-s initialement n'ont jamais reçu de carte d'exemption, en particulier ceux et celles qui vivent loin de l'établissement de santé et ceux et celles qui sont moins alphabétisé-e-s. Il n'est donc pas surprenant que l'impact de l'intervention soit en retard sur les attentes. Ces circonstances suggèrent la nécessité de respecter les directives de mise en œuvre et de concentrer les efforts pour atteindre les personnes éloignées du centre de santé.

Un autre élément de conception qui pourrait expliquer le manque d'efficacité signalé de l'intervention concerne la possibilité de fraude par les prestataires de soins de santé qui pourrait être une conséquence non intentionnelle du FBP[8]. Cette préoccupation a conduit les concepteurs du projet FBP à introduire un plafond qui rationne les services fournis aux indigent-e-s dans les districts ciblés à un maximum de 10% de toutes les consultations dans les établissements de santé (Fritsche *et al.*, 2014; Ministère de la Santé Burkina Faso, 2013; Ridde *et al.*, 2014). Pour mieux comprendre cette décision, il est important de rappeler que le processus initial d'identification et de ciblage a permis d'identifier jusqu'à 20% des personnes vivant autour des établissements de santé comme étant indigent-e-s et éligibles à une carte d'exemption. Cependant, les comités de sélection communautaires n'ont retenu qu'entre 5% et 10%. Seule une incidence très élevée de maladie (qui serait inhabituelle) émanerait les consultations des indigent-e-s à

7. Voir le chapitre de Ridde *et al.*
8. Voir le chapitre de Turcotte-Tremblay *et al.*

représenter plus de 10% de tous les services fournis. L'imposition de ce plafond aurait pu mettre en garde les prestataires contre la fourniture de soins de santé aux pauvres, ce qui aurait eu pour conséquence de limiter l'accès observé plutôt que d'agir uniquement comme un moyen de dissuasion contre la fraude, comme prévu initialement. Il est intéressant de noter qu'une étude parallèle portant spécifiquement sur les fausses déclarations suggère que, contrairement aux attentes, il est peu probable que le jeu et des fraudes importantes aient eu lieu dans ce contexte (Kuunibe *et al.*, 2019).

L'équité dans l'accès aux soins de santé

Le fait que l'étude n'ait constaté aucun effet significatif des cartes d'exemption de frais d'utilisation sur l'utilisation des services de santé remet sans aucun doute en question la conception et le contenu de l'intervention, surtout si l'on tient compte des coûts financiers et économiques de l'identification des indigent-e-s (respectivement 6 et 12 USD) (Beaugé *et al.*, 2018). En outre, l'exemption de frais d'utilisation n'était pas un projet autonome, mais intégrée dans le cadre d'une intervention plus large. Cette intervention complétait déjà la demande (exemptions de frais d'utilisation) par des incitations du côté de l'offre (FBP) et visait à remédier aux inégalités d'accès aux soins de manière plus holistique. C'est particulièrement dans ce contexte que ces résultats sont alarmants, bien qu'ils fassent écho aux résultats d'études antérieures qui montrent que les mesures d'équité mises en œuvre parallèlement au FBP n'ont pas réussi à réduire les écarts (Allegri *et al.*, 2018; Lannes *et al.*, 2016; Mwase *et al.*, 2020; Ridde *et al.*, 2018) à quelques exceptions près (Binyaruka *et al.*, 2018; Flink *et al.*, 2016). Les implications de ces résultats pour les responsables de la mise en œuvre et le gouvernement sont que les stratégies existantes du FBP doivent être mieux adaptées aux besoins spécifiques des pauvres. Les exemptions de frais d'utilisation représentent, en effet, un premier pas vers la réduction du déficit d'équité[9]. Toutefois, pour

9. Voir le chapitre de Louart *et al.*

obtenir les résultats escomptés et ne pas gaspiller les ressources, il est essentiel que les recherches futures explorent et informent les décideurs et décideuses politiques sur le rôle et la contribution de tous les obstacles financiers et non financiers pertinents à l'accès des pauvres aux soins de santé (Thiede & Koltermann, 2013).

Il est intéressant de noter que les résultats suggèrent que dans ce contexte spécifique, ce ne sont pas seulement les dispositions financières mais aussi les dispositions individuelles telles que la position dans le ménage, la taille du ménage, l'état de santé perçu, l'âge et l'existence d'un handicap qui pourraient être des déterminants plus influents de l'utilisation des services de santé parmi les pauvres. Cela est conforme aux modèles et cadres théoriques qui expliquent la nature complexe de l'accès aux soins et les multiples déterminants de l'utilisation des services de santé (Andersen, 1995; Levesque *et al.*, 2013; Robert *et al.*, 2017). Tous et toutes soulignent que l'accès et l'utilisation des services de santé ne dépendent pas seulement des moyens financiers des pauvres[10].

Malgré la complexité bien connue de la question, les décideurs et décideuses politiques et les bailleurs de fonds ont souvent tendance à trop insister sur l'importance de l'accès financier, car son degré de changement est élevé par rapport, par exemple, à l'évolution des normes et des structures sociales. Pourtant, l'équité de l'accès aux soins est dans l'œil de celui qui les regarde (Andersen, 1995), et ce sont finalement les plus pauvres qui peuvent le mieux présenter les facteurs qui expliquent leur utilisation. Par conséquent, pour promouvoir un accès équitable aux soins, les acteurs de la santé mondiale et les gouvernements doivent tenir compte des contextes locaux et s'adapter à ces réalités lors de la conception des interventions de santé publique et, en fin de compte, des politiques (Aboagye *et al.*, 2019; Thiede & Koltermann, 2013). Pour orienter les politiques, les recherches futures, avec l'application de méthodes mixtes, doivent se concentrer sur l'évaluation de la perspective locale

10. Voir le chapitre de Louart *et al.*

du rôle et de l'interrelation des divers obstacles financiers et non financiers à l'accès et à l'utilisation des soins de santé de manière globale.

À la lumière des résultats, une stratégie complémentaire aux mesures existantes pourrait consister à mieux lutter contre les inégalités entre les sexes par des interventions axées sur l'autonomisation, car les femmes sont encore moins susceptibles d'utiliser les services de santé en raison de leur pouvoir d'agir limité (Nanda, 2002). Pour améliorer radicalement la capacité des femmes à prendre des décisions en matière de santé, les gouvernements devront aller au-delà de simples réformes dans le secteur des soins de santé et introduire des politiques sociales et économiques qui renforcent la position des femmes dans l'ensemble de la société (Samb & Ridde, 2018). Une intervention axée sur les obstacles pourrait organiser des navigateurs et navigatrices en santé[11] au sein du système de soins de santé primaires qui serviraient de lien entre les pauvres et les prestataires de soins de santé en déterminant les obstacles à l'utilisation des services et en coordonnant et facilitant les soins nécessaires (Wells *et al.*, 2017). Cela pourrait être particulièrement efficace non seulement pour les femmes, mais aussi pour les personnes âgées. L'étude a mis en évidence leur diminution de probabilité d'utiliser les services de soins de santé. Un autre facteur important dans l'augmentation de l'utilisation est la suppression de la barrière du transport, qui reste un défi important pour les personnes indigentes.

Conclusion

Les indigent-e-s sont la population la plus vulnérable et la moins bien desservie en soins de santé de l'Afrique subsaharienne. En décidant de mettre en œuvre des exemptions ciblées de frais d'utilisation, le Burkina Faso a franchi une étape décisive pour surmonter les obstacles à un accès équitable aux services de santé.

11. Voir le chapitre de Louart *et al.*

Contrairement à l'objectif initial de l'intervention de FBP, l'étude a révélé que l'utilisation des services de santé par les plus pauvres n'était pas adaptée à l'introduction d'une exemption ciblée des frais d'utilisation pour ces personnes. Cette constatation ne remet toutefois pas en cause l'importance de telles stratégies pour la poursuite de la couverture universelle en santé (CSU), mais implique qu'il existe d'autres obstacles sous-jacents, plus ou tout aussi importants, que les obstacles financiers à l'accès universel aux soins de santé, en particulier dans les contextes où les inégalités initiales sont importantes. Bien que les résultats soient basés sur un petit échantillon et se rapportent à un champ géographique limité, ils sont très pertinents puisque les indigent-e-s constituent un groupe fortement sous-représenté dans le paysage scientifique en raison de la difficulté à les atteindre. En conséquence, l'étude offre des orientations pratiques et politiques précieuses qui se font attendre depuis longtemps.

L'étude sert en fin de compte au développement de futures interventions de santé publique pour ne laisser personne de côté, un principe au cœur de l'Agenda 2030 pour le développement durable. Pour améliorer efficacement les conditions de vie des pauvres, trois recommandations politiques peuvent être formulées. Premièrement, il est essentiel de comprendre précisément, au niveau local, les obstacles pertinents à l'accès aux services de santé pour les plus pauvres. Deuxièmement, il est nécessaire d'entamer un dialogue avec les prestataires de soins de santé afin de trouver un terrain d'entente sur les tarifs de remboursement de leurs prestations. Troisièmement, il est essentiel de préparer soigneusement, de planifier, de mettre en œuvre et de financer des exemptions de frais d'utilisation pour les plus démuni-e-s, ainsi que des mesures supplémentaires du côté de la demande, telles que la navigation en santé[12], afin de s'attaquer simultanément à tous les obstacles pertinents à l'accès aux soins de santé.

12. Voir le chapitre de Louart *et al.*

Références

Abdu, Z., Mohammed, Z., Bashier, I. & Eriksson, B. (2004). The impact of user fee exemption on service utilization and treatment seeking behaviour: The case of malaria in Sudan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(S1), S95–S106. https://doi.org/10.1002/hpm.777

Aboagye, D.-C., South, J. & Khan, H. (2019). Understanding qualitative and community indicators of poverty for national health insurance scheme exemptions in Ghana. *Illness, Crisis & Loss*. https://doi.org/10.1177/1054137319855697

Allegri, M. D., Bertone, M. P., McMahon, S., Chare, I. M. & Robyn, P. J. (2018). Unraveling PBF effects beyond impact evaluation: Results from a qualitative study in Cameroon. *BMJ Global Health*, 3(2). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000693

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 1–10.

Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunegui, M.-V. (2016). User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy & Planning*, 31(5), 674–681.

Beaugé, Y., Koulidiati, J.-L., Ridde, V., Robyn, P. J. & De Allegri, M. (2018). How much does community-based targeting of the ultra-poor in the health sector cost? Novel evidence from Burkina Faso. *Health Economics Review*, 8(19). https://doi.org/10.1186/s13561-018-0205-7

Binyaruka, P., Robberstad, B., Torsvik, G. & Borghi, J. (2018). Who benefits from increased service utilisation? Examining the distributional effects of payment for performance in Tanzania. *International Journal for Equity in Health*, 17(14). https://doi.org/10.1186/s12939-018-0728-x

Cottin, R. (2018). *Free health care for the poor: A good way to achieve universal health coverage? Evidence from Morocco* [Working Papers, DT/2018/16]. DIAL (Développement, Institutions et Mondialisation). https://ideas.repec.org/p/dia/wpaper/dt201816.html

De Allegri, M., Lohmann, J. & Hillebrecht, M. (2018). *Results-based financing for health impact evaluation in Burkina Faso*. [Rapport]. Institute of Global Health, Heidelberg University Hospital. https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/documents/Burkina-Faso-Impact-Evaluation-Results-Report.pdf

De Allegri, M., Lohmann, J., Souares, A. *et al.* (2019). Responding to policy makers' evaluation needs: Combining experimental and quasi-experimental approaches to estimate the impact of performance based financing in Burkina Faso. *BMC Health Services Research*,19(733). https://doi.org/10.1186/s12913-019-4558-3

Flink, I. J., Ziebe, R., Vagaï, D., van de Looij, F., van 'T Riet, H. & Houweling, T. A. (2016). Targeting the poorest in a performance-based financing programme in northern Cameroon. *Health Policy & Planning*, 31(6), 767–776. https://doi.org/10.1093/heapol/czv130

Flores, G., Ir, P., Men, C. R., O'Donnell, O. & van Doorslaer, E. (2013). Financial protection of patients through compensation of providers: The impact of Health Equity Funds in Cambodia. *Journal of Health Economics*, 32(6), 1180–1193. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.09.012

Fritsche, G. B., Soeters, R. & Meessen, B. (2014). *Performance-based financing toolkit*. The World Bank.

Garchitorena, A., Miller, A. C., Cordier, L. F. *et al.* (2017). In Madagascar, use of health care services increased when fees were removed: Lessons for universal health coverage. *Health Affairs (Project Hope)*, 36(8), 1443–1451. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1419

Gouvernement du Burkina Faso (2007). *Institut National de la Statistique et de la Démographie du Burkina Faso. Table 06.04: Evolution of the consultation rate by sex and place of residence (in%) 1994—2007*. http://www.insd.bf/n/index.php/indicateurs?id=88

Hardeman, W., Van Damme, W., Van Pelt, M., Por, I., Kimvan, H. & Meessen, B. (2004). Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy & Planning*, 19(1), 22–32. https://doi.org/10.1093/heapol/czh003

Hatt, L. E., Makinen, M., Madhavan, S. & Conlon, C. M. (2013). Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services: A review of literature. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 31(4 suppl_2), S67–S80.

Jacobs, B. & Price, N. (2006). Improving access for the poorest to public sector health services: Insights from Kirivong Operational Health District in Cambodia. *Health Policy & Planning*, 21(1), 27–39. https://doi.org/10.1093/heapol/czj001

Jacobs, B., Price, N. L. & Oeun, S. (2007). Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical Medicine & International Health*, 12(11), 1391–1401. https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2007.01926.x

Kuunibe, N., Lohmann, J., Schleicher, M., Koulidiati, J., Robyn, P. J., Zigani, Z., Sanon, A. & De Allegri, M. (2019). Factors associated with misreporting in performance-based financing in Burkina Faso: Implications for risk-based verification. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1217-1237. doi: 10.1002/hpm.2786.

Lagarde, M., Barroy, H. & Palmer, N. (2012). Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(1), 30–36. https://doi.org/10.1258/jhsrp.2011.010166

Lannes, L., Meessen, B., Soucat, A. & Basinga, P. (2016). Can performance-based financing help reaching the poor with maternal and child health services? The experience of rural Rwanda. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(3), 309–348. https://doi.org/10.1002/hpm.2297

Lépine, A., Lagarde, M. & Nestour, A. L. (2018). How effective and fair is user fee removal? Evidence from Zambia using a pooled synthetic control. *Health Economics*, 27(3), 493–508. https://doi.org/10.1002/hec.3589

Levesque, J.-F., Harris, M. F. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2013). *Guide de mise en oeuvre du financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé*.

Ministry of Health Burkina Faso. (2016). *Plan National de Développement Économique et Social*. http://presimetre.bf/document/PNDES.pdf

Mwase, T., Lohmann, J., Hamadou, S., Brenner, S., Somda, S. M. A., Hien, H., Hillebrecht, M. & De Allegri, M. (2020). Can combining performance-based financing with equity measures result in greater equity in utilization of maternal care services? Evidence from Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management* (sous presse). https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.121

Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 127–134. https://doi.org/10.1016/S0968-8080(02)00083-6

Nguyen, H. T., Zombré, D., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: A controlled interrupted time series in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 33(8), 948–956. https://doi.org/10.1093/heapol/czy077

Nguyen, N. T. V. & Dizon, F. F. (2017). *The geography of welfare in Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire and Togo*. World Bank.

Ouédraogo, S., Ridde, V., Atchessi, N., Souares, A., Koulidiati, J.-L., Stoeffler, Q. & Zunzunegui, M.-V. (2017). Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: A screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*, 7(e013405). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013405

Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M. & Ridde, V. (2017). An exploratory study assessing psychological distress of indigents in Burkina Faso: A step forward in understanding mental health needs in West Africa. *International Journal for Equity in Health*, 16(143). https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8

Ridde, V., Haddad, S. & Heinmüller, R. (2013). Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(9), 751–757. https://doi.org/10.1136/jech-2012-202080

Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(7), 532–538.

Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(S6). https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6

Ridde, V., Gautier, L., Turcotte-Tremblay, A.-M., Sieleunou, I. & Paul, E. (2018). Performance-based financing in Africa: Time to test measures for Equity. *International Journal of Health Services*, 48(3), 549–561. https://doi.org/10.1177/0020731418779508

Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A. *et al.* (2014). Protocol for the process evaluation of interventions combining performance-based financing with health equity in Burkina Faso. *Implementation Science*, 9(149).

Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: A realist review. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1002–1014.

Samb, O. M. & Ridde, V. (2018). The impact of free healthcare on women's capability: A qualitative study in rural Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 197, 9–16. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.045

Thiede, M. & Koltermann, K. (2013). Access to health services–Analyzing non-financial barriers in Ghana, Rwanda, Bangladesh and Vietnam using household survey data: A review of the literature. UNICEF, (61).

Turcotte-Tremblay, A.-M., Gali-Gali, I. A., De Allegri, M. & Ridde, V. (2017). The unintended consequences of community verifications for performance-based financing in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 191, 226–236. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.007

Wells, K. J., Valverde, P. A., Ustjanauskas, A. E., Calhoun, E. A. & Risendal, B. C. (2017). What are patient navigators doing, for whom, and where? A national survey evaluating the types of services provided by patient navigators. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 285–294. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.017

Zombré, D., De Allegri, M. & Ridde, V. (2017). Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Social Science & Medicine*, 179, 27–35. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.027

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne

Sous la direction de **Valéry Ridde**

Préface de **Ndèye Bineta Mbow Sane**

esbc
éditions science et bien commun

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Réformes en Afrique subsaharienne

SOUS LA DIRECTION DE VALÉRY RIDDE

QUÉBEC : ÉDITIONS SCIENCE ET BIEN COMMUN

Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? de Valéry Ridde est sous une licence License Creative Commons Attribution - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International, sauf indication contraire.

Titre : Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Sous la direction de Valéry Ridde

Caricature en couverture : Damien Glez

Design de la couverture : Kate McDonnell

Édition et révision linguistique : Élisabeth Arsenault

ISBN pour l'impression : 978-2-925128-08-3

ISBN pour le ePub : 978-2-925128-10-6

ISBN pour le PDF : 978-2-925128-09-0

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationale Canada

Ce livre est publié sous licence Creative Commons CC BY-SA 4.0 et disponible en libre accès à https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/

Éditions science et bien commun
http://editionscienceetbiencommun.org
3-855 avenue Moncton
Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : info@editionscienceetbiencommun.org