

2I. L'efficience des politiques d'exemption du paiement des soins de santé maternelle au Burkina Faso

HOA THI NGUYEN, ALEKSANDRA TORBICA, STEPHAN BRENNER,
JOËL ARTHUR KIENDRÉBÉOGO, LUDOVIC TAPSOBA, VALÉRY RIDDE
ET MANUELA DE ALLEGRI

Introduction

La réduction et la suppression des paiements directs pour des services de santé publique sont devenues un instrument clé pour faire progresser la couverture universelle en santé dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS) (Cotlear & Rosemberg, 2018)¹. Les frais perçus au point d'utilisation ont été identifiés comme un obstacle majeur à l'accès aux soins essentiels, y compris pour l'accouchement par du personnel qualifié dans un établissement de santé (Borghi, Storeng & Filippi 2008; Gabrysch & Campbell, 2009; Yates, 2009). Étant donné le rôle central de l'accouchement assisté par du personnel qualifié en matière de santé maternelle et néonatale, de nombreuses politiques de réduction et de suppression du paiement direct ont ciblé les services de soins obstétricaux (Dzakpasu, Powell-Jackson & Campbell, 2014).

Bien qu'il existe des preuves cohérentes et rigoureuses des effets positifs de la réduction ou de la suppression du paiement direct sur le recours à l'accouchement en établissement (Dzakpasu *et al.*, 2012; Manthalu, 2019; Meda, Dumont, Kouanda & Ridde, 2018; Nguyen, Zombré, Ridde & De Allegri, 2018) et aux césariennes (Fournier *et al.*, 2014; Ravit *et al.*, 2018), la littérature est mince sur leur impact sur

1. Ce chapitre est une traduction d'un article publié en anglais et remanié/réduit pour cet ouvrage : Nguyen, H. T., Torbica, A., Brenner, S., Kiendrébéogo, J. A., Tapsoba, L., Ridde, V. & De Allegri, M. (2020). Economic evaluation of user-fee exemption policies for maternal healthcare in Burkina Faso: Evidence from a cost-effectiveness analysis. *Value in Health*, 23(3), 300-308.

la santé maternelle et néonatale. Deux études quasi-expérimentales ont donné des résultats contradictoires sur l'impact de ces politiques sur la santé néonatale : l'une n'a constaté aucun impact au Burkina Faso (Meda *et al.*, 2018) et l'autre a constaté une réduction de 2,9 décès néonataux pour 1 000 naissances au Kenya, au Ghana et au Sénégal (McKinnon, Harper, Kaufman & Bergevin, 2015). Une étude basée sur une modélisation au Burkina Faso n'a révélé aucun impact de la suppression du paiement direct sur la mortalité maternelle, un an après le lancement de l'intervention (Johri, Ridde, Heinmüller & Haddad, 2014). Aucune étude n'a jusqu'à présent examiné l'impact des politiques de réduction/suppression du paiement direct sur les morbidités associées aux complications obstétricales, même si elles représentent potentiellement une part plus importante de la perte de santé maternelle que la mortalité maternelle (Firoz *et al.*, 2013; Hardee, Gay & Blanc, 2012). Ce manque de preuves est probablement attribuable à l'impossibilité d'organiser des études expérimentales pour examiner l'impact sur la santé des accouchements en établissement sanitaire, une question encore compliquée par la présence d'un biais de sélection important, puisque les femmes présentant un risque plus élevé de développer des complications graves sont plus susceptibles que les autres d'accoucher dans un établissement (Chinkhumba, De Allegri, Muula & Robberstad, 2014).

Ce manque de preuves sur les impacts sanitaires des politiques de réduction/suppression du paiement direct se reflète dans le manque de preuves sur leurs impacts économiques. Nous n'avons identifié qu'une seule étude évaluant l'efficacité d'une politique de gratuité des soins de santé en Sierra Leone. S'appuyant sur l'utilisation du modèle *Lives Saved Tool* (Johns Hopkins University, 2018), l'étude a indiqué que l'initiative de gratuité des soins était très rentable car le coût par année de vie sauvée allait de 420 USD à 444 USD (Witter *et al.*, 2018). Aucune étude n'a jusqu'à présent comparé le rapport coût-efficacité de la réduction du paiement direct avec sa suppression complète, même si les pays d'ASS, en raison de leurs ressources extrêmement limitées, doivent souvent choisir entre ces deux options politiques.

Nous avons cherché à combler cette lacune en estimant l'efficacité des politiques de réduction et de suppression du paiement direct au Burkina Faso, où une politique nationale de réduction de 80% et un projet pilote de suppression complète (100%) du paiement direct pour les services de soins ont coexisté entre 2007 et 2015.

Méthodes

Le Burkina Faso est un pays enclavé à faible revenu situé dans l'ouest de l'Afrique subsaharienne. Sa population s'élève à 18 450 494 (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2016), dont la plupart vivent dans les zones rurales (77%) (INSD & ICF International, 2012). Plus de 40% de sa population vit avec moins de 420 Franc CFA (< 1 USD) par jour (INSD, 2015). En 2015, la mortalité maternelle était estimée à 371 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale à 26 pour 1 000 naissances vivantes (United Nations, 2018). Les décès maternels représentent 19% de tous les décès chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (INSD & ICF International, 2012).

Jusqu'en 2006, les accouchements étaient assurés contre un paiement par les femmes au point d'utilisation. Les frais s'appliquaient également aux cas obstétricaux d'urgence nécessitant une orientation vers des établissements de santé de niveaux supérieurs. Ces frais variaient selon les établissements, les niveaux de soins et les districts. Selon deux enquêtes nationales réalisées en 2001 et 2004 (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2007), les femmes devaient payer en moyenne 4 055 FCFA (6,85 USD) pour un accouchement normal, 5 415 FCFA (9,15 USD) pour un accouchement compliqué et 38 988 FCFA (65,86 USD) pour une césarienne. Deux études ont examiné les dépenses à la charge de la patiente pour un accouchement normal en 2006, faisant état de valeurs allant de 3 827 FCFA (Ridde *et al.*, 2015) à 4 060 FCFA (V. Ridde, Kouanda, Bado, Bado & Haddad, 2012). En 2006, le taux d'accouchements en établissement s'élevait à environ 42,9% (Ministère de la Santé du Burkina Faso, 2007). De plus, la qualité des services de soins de santé essentiels, y compris les soins d'accouchement, était considérée comme médiocre (Nikiema, Kameli, Capon, Sondo & Martin-Prével, 2010).

Conscient que le paiement direct constitue l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins, le gouvernement du Burkina Faso a réduit de manière drastique le paiement direct pour les accouchements et les soins obstétricaux d'urgence en introduisant une politique nationale de réduction de 80% en janvier 2007 (ci-après dénommée la politique nationale). À partir de septembre 2008, un projet pilote de suppression totale (100%) du paiement direct a été mis en œuvre dans la région du Sahel (ci-après dénommé « le projet pilote »). Le tableau 1 présente le contenu essentiel des deux interventions (Ridde, Richard, Bicaba, Queuille, & Conombo 2011; Zombré, De Allegri & Ridde, 2017).

Tableau 1 : Contenu essentiel des deux interventions de l'étude

| La politique nationale | Le projet pilote |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre à l'échelle nationale par le ministère de la Santé à partir de janvier 2007 Entièrement financé par le budget de l'État Paiement direct subventionné à 80% pour les services de soins A appliqué trois taux forfaitaires qui ont été extériorisés par les coûts du ministère de la Santé afin de payer les établissements de santé Les femmes devaient payer les 20% restants du coût, qui étaient fixés à 900 FCA (1,52 USD) pour un accouchement normal, à 1 600 FCA (9,08 USD) pour un accouchement compliqué et à 11 000 FCA (18,58 USD) pour une césarienne. | <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre par RHEP (une ONG allemande) en collaboration avec les autorités sanitaires de deux districts (Dori et Sebba) dans la région du Sahel à partir de septembre 2008 Entièrement financé par la Commission européenne A appliqué les trois mêmes taux forfaitaires que ceux appliqués par la SONU A couvert les 20% restants des coûts que la SONU faisait aux femmes, c'est-à-dire que les femmes n'avaient alors plus rien à payer pour accoucher dans les établissements publics de santé. |

Nous avons évalué à la fois les coûts et les effets des deux interventions depuis leur lancement jusqu'en décembre 2015. Nous avons choisi 2015, la dernière année des deux interventions, comme année de base de notre analyse.

Nous nous sommes appuyé-e-s sur un modèle d'arbre de décision étant donné que les événements liés à la naissance évoluent sur une période de temps relativement courte (Brennan, Chick & Davies, 2006; Briggs, Claxton & Sculpher, 2006). Conformément aux interventions de l'étude, l'accouchement en établissement a été défini comme un accouchement assisté par des accoucheuses qualifiées (sages-femmes formées, infirmières ou médecins formé-e-s) dans un établissement de santé et sans accès aux soins obstétricaux d'urgence (y compris la césarienne), tandis que l'accouchement à domicile a été défini comme un accouchement en dehors d'un établissement de santé n'ayant accès à aucun des services obstétricaux susmentionnés. Nous avons limité notre estimation aux quatre complications obstétricales les plus courantes et les plus graves (c'est-à-dire potentiellement létales) : hémorragie post-partum, accouchement

dystocique, septicémie puerpérale et pré-éclampsie/éclampsie (Kaye, Kakaire & Osinde, 2011; Prual, Bouvier-Colle, de Bernis & Breart, 2000).

Ce livre étant destiné à un public non spécialiste de l'économie de la santé, les détails méthodologiques de ce chapitre se trouvent dans l'article publié en anglais. Il a été évalué par des expert-e-s du domaine afin d'en garantir la rigueur méthodologique. Les lecteurs et lectrices intéressé-e-s pourront donc se référer à cet article pour mieux comprendre la structure de l'arbre de décision, l'estimation des effets sur la santé, l'estimation des coûts, l'approche analytique et enfin la validation du modèle.

Résultats

Nous présentons d'abord l'estimation des coûts du programme, puis nous procédons à l'analyse déterministe et de sensibilité. Les résultats de la validation du modèle sont disponibles dans l'article publié en anglais.

Coût de la politique nationale et du projet pilote

Le coût total de la politique nationale pendant toute sa période de mise en œuvre (2007-2015) s'est élevé à 2 131 020 479 FCFA (3 599 697 USD). Le coût annuel varie entre un minimum de 214 255 000 FCFA (361 867 USD) en 2015 et un maximum de 285 106 278 FCFA (481 598 USD) en 2008. Étant donné que la politique nationale a couvert 5 097 671 accouchements en établissement au total entre 2007 et 2015, le coût unitaire a été estimé à 418 FCFA (0,7 USD) par accouchement en établissement sanitaire.

Entre 2008 et 2015, le coût total du programme pilote s'est élevé à 4 702 040 USD, ce qui représente 43% du coût total des services de santé. La proportion annuelle des coûts du programme par rapport aux coûts des services de santé a varié entre 33% en 2012 et 69% en 2008. L'annexe 2 de l'article original présente un calcul détaillé des coûts du programme pour les deux interventions.

Analyse de l'efficience

Le tableau 2 présente les résultats du rapport coût-efficacité déterministe pour la politique nationale et le projet pilote dans les deux scénarios pour 2015. Dans le premier scénario, lorsque les deux interventions sont comparées à la base de référence, pour chaque accouchement, la politique nationale a entraîné un coût supplémentaire de 5,27 USD et a évité 0,0251 AVCI. Le pilote a entraîné un coût supplémentaire de 11,01 USD et a évité 0,0436 AVCI. En conséquence, les ratios coût-efficacité différentiels de la politique nationale et du projet pilote par rapport à la base de référence étaient respectivement de 210,22 USD et de 252,51 USD par AVCI évitée. Dans le second scénario, qui comparait le pilote à la politique nationale, le pilote a encouru un coût supplémentaire de 5,74 USD et a évité 0,0185 AVCI par accouchement, ce qui a donné un ratio coût-efficacité différentiel de 309,74 USD par AVCI.

Tableau 2 : Résultats de l'efficience de la politique nationale et du projet pilote de suppression des redevances d'utilisation pour 2015

| Options de décision | Moyenne | | Incrémentale | | |
|---|------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| | Coût (USD) | Effet (AVCI) | Coût (USD) | Effet (AVCI) | ICER (USD/AVCI) |
| Scénario 1 : La politique nationale et le projet pilote de suppression du paiement direct par rapport à la situation de référence | | | | | |
| Base de référence | 0.55 | 1.5295 | | | |
| La politique nationale | 5.82 | 1.5044 | 5.27 | 0.0251 | 210.22 |
| Le pilote | 11.56 | 1.4859 | 11.01 | 0.0436 | 252.51 |
| Scénario 2 : Le projet pilote de suppression du paiement direct comparé à la politique de la SONU | | | | | |
| La politique nationale | 5.82 | 1.5044 | | | |
| Le pilote | 11.56 | 1.4859 | 5.74 | 0.0185 | 309.74 |

Note : ICER = ratios coût-efficacité différentiels

La suppression des redevances d'utilisation fait ici référence à la suppression des paiements directs.

Les résultats de l'analyse déterministe pour toutes les années d'intervention ont été présentés dans l'article publié en anglais.

Sur la base des estimations déterministes, pour la seule année 2015, la politique nationale a entraîné un coût estimé à 5 025 349 USD, soit 0,27 USD par habitant-e et a permis d'éviter 21 144 AVCI. Le projet pilote aurait pu entraîner un coût supplémentaire de 0,26 USD par habitant-e et éviter 15 584 AVCI supplémentaires s'il avait été mis en œuvre à l'échelle nationale en 2015.

Entre 2007 et 2015, la politique nationale a entraîné un coût total (coûts du programme et des services de santé) de 41 481 428 USD et a permis d'éviter 144 377 AVCI. Si le projet pilote avait été mis en œuvre à l'échelle nationale, il aurait entraîné un coût supplémentaire de 33 754 880 USD et permis d'éviter 102 008 AVCI supplémentaires entre 2008 et 2015.

Discussion

Par rapport à la situation de référence, la réduction de 80% et la suppression de 100% pour les accouchements se sont toutes deux révélées très rentables au Burkina Faso. L'évaluation des interventions par rapport aux seuils d'efficacité de l'OMS (WHO, 2019a) révèle que les estimations des ratios coût-efficacité différentiels des deux interventions par rapport à la situation de référence pour les analyses déterministes et de sensibilité sont sensiblement inférieures au PIB par habitant-e du pays en 2015, de 575 USD (World Bank, 2018). L'évaluation des interventions à l'aune de seuils d'efficacité nationaux révèle, quant à elle, que les ratios coût-efficacité différentiels déterministes des deux interventions, estimés à 37% du PIB par habitant-e pour la politique nationale et à 44% pour le projet pilote, sont également inférieurs au seuil de 54% du PIB par habitant-e du Burkina Faso (Woods, Reville, Sculpher & Claxton, 2016). Ayant évalué les résultats du ratio coût-efficacité et en tenant compte des contraintes de ressources auxquelles est confronté le système national de santé au Burkina Faso (Reville *et al.*, 2015; Woods *et al.*, 2016), nous sommes convaincu-e-s que son estimation est très pertinente pour informer le développement en cours des exemptions du paiement direct au Burkina Faso et ailleurs.

La suppression totale des paiements directs pour les soins de santé est plus rentable que la réduction de 80% lorsqu'elle est mise en œuvre à l'échelle nationale. Par rapport à la politique nationale, le projet pilote a entraîné un ratio coût-efficacité différentiel déterministe de 309,74 USD par AVCI évitée, ce qui est bien inférieur au seuil de l'OMS pour une intervention d'un très bon rapport coût-efficacité, et également inférieur au seuil de 54% pour le Burkina Faso. En outre, notre analyse de la situation a indiqué que ce taux pourrait être réduit de moitié si le projet pilote entraînait les mêmes coûts de programme que la politique nationale.

Notre étude a suggéré que la politique nationale était financièrement abordable au Burkina Faso. Nous avons estimé que le coût total de la politique nationale était d'environ 0,27 USD par habitant-e en 2015, ce qui équivaut à 0,79% des dépenses totales de santé du pays pour la même année, qui étaient de 34 USD par habitant-e (WHO, 2019b). De plus, notre estimation du coût total de la politique nationale était inférieure d'environ 18% au budget (30 milliards de FCFA) engagé par le gouvernement pour sa mise en œuvre (Ridde *et al.*, 2011). De même, nos estimations indiquent que le Burkina Faso peut se permettre de mettre en œuvre la suppression de 100% au lieu de la réduction de 80% du paiement direct pour les soins de santé à l'échelle nationale en utilisant ses ressources nationales, étant donné qu'un tel changement aurait entraîné un coût supplémentaire d'environ 0,26 USD par habitant-e, soit 0,76% des dépenses totales de santé du pays en 2015. Notre conclusion concernant le caractère financièrement abordable des deux interventions de l'étude est conforme à la conclusion d'une analyse récente selon laquelle le gouvernement est capable de fournir un financement durable pour les politiques d'exemption du paiement direct au Burkina Faso (Mathonnat, Audibert & Belem, 2020).

Nos conclusions suggèrent que la politique nationale a contribué de manière substantielle à la réduction de la charge de morbidité due aux conditions maternelles dans le pays en couvrant 5 097 671 des 6 668 061 accouchements et en évitant 144 377 AVCI au total entre 2007 et 2015. Le projet pilote a un grand potentiel pour améliorer la santé maternelle et périnatale. Il aurait pu éviter 102 008 AVCI supplémentaires s'il avait été mis en œuvre à l'échelle

nationale pendant la même période. En outre, il est important de noter que notre étude a adopté une perspective de système de santé, en considérant uniquement les impacts sur la santé. Néanmoins, nous reconnaissons que les gains réels des exemptions du paiement direct seraient probablement plus importants si l'on considérait les impacts sociétaux plus larges de l'intervention (De Allegri *et al.*, 2012; Ganaba *et al.*, 2016; Ridde *et al.*, 2014).

Conclusion

Notre étude montre que la réduction de 80% et la suppression de 100% du paiement direct ont été des interventions efficaces et abordables au Burkina Faso. Il serait intéressant que le Burkina Faso passe d'une réduction de 80% à la suppression totale des paiements directs pour les soins liés à l'accouchement, ce que la politique nationale de gratuité des soins de santé a lancée en 2016² en supprimant complètement les paiements directs pour les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les indigents-e-s (Ministère de la Santé du Burkina, 2016).

Remerciements

Nos sincères remerciements vont au professeur Bjarne Robberstad pour ses conseils techniques sur la structure initiale du modèle; au Dr Jobiba Chinkhumba pour l'échange de documents utiles sur les estimations de la mortalité maternelle et périnatale; au Dr Volker Winkler pour ses conseils utiles sur la dérivation des estimations épidémiologiques de la morbidité maternelle; et à Salvador Shabbir pour son aide à la révision linguistique. Cette étude a reçu le soutien financier de la Fondation allemande pour la recherche (DFG) [AL 1361/3-1].

2. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

Références

- Borghì, J., Storeng, K. T. & Filippi, V. (2008). Overview of the costs of obstetric care and the economic and social consequences for households. Dans F. Richard, S. Witter & V. De Brouwere (dir.), *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries* (23-46). ITG Press.
- Brennan, A., Chick, S. E. & Davies, R. (2006). A taxonomy of model structures for economic evaluation of health technologies. *Health Economics*, 15(12), 1295-1310. doi:10.1002/hec.1148
- Briggs, A. H., Claxton, K. & Sculpher, M. J. (2006). *Decision modelling for health economic evaluation*. Oxford University Press.
- Chinkhumba, J., De Allegri, M., Muula, A. S. & Robberstad, B. (2014). Maternal and perinatal mortality by place of delivery in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of population-based cohort studies. *BMC Public Health*, 14(1014). doi:10.1186/1471-2458-14-1014
- Cotlear, D. & Rosemberg, N. (2018). *Going universal in Africa: How 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities* [Universal Health Coverage Studies Series, (26)]. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29177>
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R. et al. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity: Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 33(4), 439-453. doi:10.1057/jphp.2012.27
- Dzakpasu, S., Powell-Jackson, T. & Campbell, O. M. R. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy & Planning*, 29(2), 137-150. doi:10.1093/heapol/czs142
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A. et al. (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo Region. *PloS One*, 7(11), e49430. doi:10.1371/journal.pone.0049430

- Firoz, T., Chou, D., von Dadelszen, P. et al. (2013). Measuring maternal health: Focus on maternal morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 794-796. doi:10.2471/BLT.13.117564
- Fournier, P., Dumont, A., Tourigny, C., Philibert, A., Coulibaly, A. & Traoré, M. (2014). The free caesareans policy in low-income settings: An interrupted time series analysis in Mali (2003–2012). *PloS One*, 9(8), e105130. doi:10.1371/journal.pone.0105130
- Gabrysch, S. & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(34). doi:10.1186/1471-2393-9-34
- Ganaba, R., Ilboudo, P. G. C., Cresswell, J. A. et al. (2016). The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: What are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(84). doi:10.1186/s12884-016-0875-2
- Hardee, K., Gay, J. & Blanc, A. K. (2012). Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Global Public Health*, 7(6), 603-617. doi:10.1080/17441692.2012.668919
- INSD (2015). *Rapport Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014 : Profil de pauvreté et d'inégalités*. http://www.insd.bf/n/contenu/enquetes_recensements/Enq_EMC/Profil_de_pauvrete_et_d_inegalite_en_2014.pdf
- INSD & ICF International (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR256/FR256.pdf>
- Johns Hopkins University (2018). *The lives saved tool*. <https://www.livessavedtool.org/>
- Johri, M., Ridde, V., Heinmüller, R. & Haddad, S. (2014). Estimation of maternal and child mortality one year after user-fee elimination: An impact evaluation and modelling study in Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 706-715.
- Kaye, D. K., Kakaïre, O. & Osinde, M. O. (2011). Systematic review of the magnitude and case fatality ratio for severe maternal morbidity in sub-Saharan Africa between 1995 and 2010. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(65). doi:10.1186/1471-2393-11-65

- Manthalu, G. (2019). User fee exemption and maternal health care utilisation at mission health facilities in Malawi: An application of disequilibrium theory of demand and supply. *Health Economics*, 28(4), 461-474. doi:10.1002/hec.3856
- Mathonnat, J., Audibert, M. & Belem, S. (2020). Analyzing the financial sustainability of user fee removal policies: A rapid first assessment methodology with a practical application for Burkina Faso. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18, 767-780. doi:10.1007/s40258-019-00506-2
- McKinnon, B., Harper, S., Kaufman, J. S. & Bergevin, Y. (2015). Removing user fees for facility-based delivery services: a difference-in-differences evaluation from ten sub-Saharan African countries. *Health Policy & Planning*, 30(4), 432-441. doi:10.1093/heapol/czu027
- Meda, I. B., Dumont, A., Kouanda, S. & Ridde, V. (2018). Impact of fee subsidy policy on perinatal health in a low-resource setting: A quasi-experimental study. *PloS One*, 13(11), e0206978-e0206978. doi:10.1371/journal.pone.0206978
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2007). *Annuaire statistique 2006* (03 BP 7009).
- Ministère de la Santé du Burkina Faso. (2016). *Annuaire statistique 2015* (03 BP 7009).
- Ministère de la Santé du Burkina Faso (2016). *Stratégie nationale de gratuité des soins chez la femme enceinte, des accouchements, de la césarienne et des autres* (SONU).
- Nguyen, T. H., 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. doi:10.1093/heapol/czy077
- Nikiema, L., Kameli, Y., Capon, G., Sondo, B. & Martin-Prével, Y. (2010). Quality of antenatal care and obstetrical coverage in rural Burkina Faso. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 28(1), 67-75.

- Pruhal, A., Bouvier-Colle, M. H., de Bernis, L. & Breart, G. (2000). Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: Incidence and case fatality rates. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5), 593-602.
- Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V., de Loenzien, M., Schantz, C. & Dumont, A. (2018). Removing user fees to improve access to caesarean delivery: A quasi-experimental evaluation in western Africa. *BMJ Global Health*, 3(1).
- Revill, P., Ochalek, J., Lomas, J. et al. (2015). *Cost-effectiveness thresholds: Guiding health care spending for population health improvement* [Rapport pour l'International Decision Support Initiative (iDSI)]. Centre for Health Economics, University of York.
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, O., Tiendrebéogo, J., Yé, M. & De Allegri, M. (2014). The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: Evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *The European Journal of Health Economics*, 16, 55-64. doi:10.1007/s10198-013-0553-5
- Ridde, V., Kouanda, S., Bado, A., Bado, N. & Haddad, S. (2012). Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso is good for everyone, including the poor. *PloS One*, 7(3), e33082. doi:10.1371/journal.pone.0033082
- Ridde, V., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L. & Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy & Planning*, 26(Suppl_2). doi:10.1093/heapol/czr060
- United Nations (2018). *SDG Open Data*.
- WHO (2019a). *Choosing interventions that are cost-effective (WHO-CHOICE)*. Retrieved from <https://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/>
- WHO (2019b). *Global Health Expenditure Database: Health expenditure profile Burkina Faso*. http://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en

- Witter, S., Briki, N., Harris, T. *et al.* (2018). The free healthcare initiative in Sierra Leone: Evaluating a health system reform, 2010-2015. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), 434-448. doi:doi:10.1002/hpm.2484
- Woods, B., Revill, P., Sculpher, M. & Claxton, K. (2016). Country-level cost-effectiveness thresholds: Initial estimates and the need for further research. *Value in Health*, 19(8), 929-935. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017>
- World Bank (2018). GDP per capita (current US\$). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=BF>
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet*, 373(9680), 2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0
- 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 and Medicine*, 179, 27-35. doi: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**

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](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), 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](https://creativecommons.org/licenses/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