22. Les dépenses excessives de santé des indigent-e-s après l'arrêt du FBR au Burkina Faso

YVONNE BEAUGÉ, VALÉRY RIDDE, EMMANUEL BONNET, SIDIBÉ SOULEYMANE, NAASEGNIBE KUUNIBE ET MANUELA DE ALLEGRI

Introduction

Le gouvernement du Burkina Faso a reconnu la nécessité des politiques d'exemption du paiement des soins pour mieux protéger les plus vulnérables contre l'impact économique de la maladie[1]. De nombreuses politiques ont été adoptées au fil des années pour garantir aux plus démuni-e-s la gratuité de l'ensemble des services essentiels (Kadidiatou *et al.*, 2018; Ridde, 2011), notamment le nouveau régime d'assurance maladie universelle obligatoire (RAMU) dont la législation a été adoptée en septembre 2015. Cependant, la mise en œuvre effective de ces mesures en faveur des indigent-e-s a été pour la plupart du temps en retard par rapport à l'engagement politique (Kadidiatou *et al.*, 2018; Ridde, 2011; Kagambega, 2020). Parallèlement à la formulation de nouvelles politiques, le gouvernement du Burkina Faso a lancé plusieurs projets pilotes d'exemption pour protéger les plus pauvres du fardeau financier induit par les paiements directs (Ridde, Rossier *et al.*, 2014; Ridde, Turcotte-Tremblay *et al.*, 2014; Simporé *et al.*, 2013).

En 2014, une intervention de financement basée sur la performance (PBF) en combinaison avec des exemptions du paiement des paiements directs pour les indigent-e-s a été mise en œuvre dans huit districts (Mwase *et al.*, 2018; Ridde, Turcotte-Tremblay *et al.*,

1. Ce chapitre est la traduction d'un article publié à l'origine en anglais et édité/réduit pour ce livre : Beaugé, Y., Ridde, V., Bonnet, E. *et al.* (2020). Factors related to excessive out-of-pocket expenditures among the ultra-poor after discontinuity of PBF: A cross-sectional study in Burkina Faso. *Health Economics Review*, 10(36). https://doi.org/10.1186/s13561-020-00293-w

2014). Le ciblage communautaire a été utilisé pour identifier jusqu'à 20% de la population la plus pauvre vivant dans le bassin de desserte des établissements de santé. Les comités communautaires ont sélectionné les indigent-e-s dans leurs villages. À l'issue du processus de ciblage (janvier 2016), chaque indigent-e identifié-e était censé-e recevoir une carte d'exemption, lui permettant de bénéficier de services de santé de base gratuitement dans tous les établissements de santé publics (Beaugé *et al.*, 2018). Les exemptions du paiement des paiements directs ne couvraient pas les frais de transport jusqu'à l'établissement. L'intervention a officiellement pris fin en juin 2018. Une transition vers le prochain projet de la Banque mondiale avait été prévue, mais n'était pas encore réalisée au moment de la rédaction de ce manuscrit (Thinkwell, 2020)[2].

À notre connaissance, il n'y a eu aucune étude mesurant les dépenses directes parmi les indigent-e-s ciblé-e-s pour suivre les progrès vers la protection financière contre les risques au Burkina Faso. Notre étude visait à combler ce manque de connaissances en utilisant des données transversales pour évaluer l'ampleur des dépenses pour les services de santé formels parmi les indigent-e-s qui avaient été ciblé-e-s et exempté-e-s dans le contexte de l'intervention de financement basée sur la performance (FBR) au Burkina Faso. En outre, nous avons cherché à estimer les facteurs qui expliquent la probabilité que les indigent-e-s subissent une dépense de santé dite excessive. Nous avons défini les « dépenses excessives » comme des dépenses supérieures ou égales à deux fois le montant médian des dépenses (Ameur *et al.*, 2012). En 2019, les indigent-e-s de la région d'étude disposaient de cartes d'exemption dans le cadre du programme FBR et non de la RAMU (pas encore opérationnelle dans le district étudié).

2. Voir le chapitre de Seppey *et al.* sur la question de la pérennité.

Méthodes

L'étude a été menée dans le district de Diébougou, dans la région du Sud-Ouest du Burkina Faso, l'un des huit districts où le FBR a été combiné avec le ciblage et l'exemption du paiement des indigent-e-s. En 2017, le district comptait une population totale de 139 824 habitant-e-s, dont plus de 40% vivaient en dessous du seuil national de pauvreté (Institut national de la statistique et de la démographie (INSD), 2015). Diébougou compte 24 établissements de santé publics en fonctionnels (4 dispensaires, 19 centres de soins de santé primaires (CSPS) et un hôpital de district), avec un total de huit médecins généralistes et deux pharmaciens (Ministère de la Santé du Burkina Faso. Annuaire Statistique 2017., 2017). En 2016, le nombre annuel moyen de contacts avec les services de santé par habitant-e était de 1,68 (Ministère de la Santé du Burkina Faso. Annuaire Statistique 2017), ce qui est élevé par rapport à la moyenne nationale de 1,02 contacts. Le processus de ciblage communautaire a identifié 6034 personnes à Diébougou comme étant indigent-e-s en 2015, ce qui correspondait à l'époque à environ 9% de la population du district (SERSAP, 2015). Début février 2016, la direction du district a reçu les cartes d'exemption pour les distribuer, via le CSPS, aux personnes indigentes.

Les données et leurs sources

L'étude a utilisé un ensemble de données transversales de 292 indigent-e-s vivant dans le district sanitaire de Diébougou, préalablement identifiées par une étude menée en 2015. À l'origine, une procédure aléatoire en trois étapes a été appliquée pour identifier les individus de l'étude dans différents districts FBR avec un ciblage au Burkina Faso. En bref, au cours de la première étape, quatre districts sur huit ont été sélectionnés. Au cours de la deuxième étape, les villages comptant plus de dix personnes indigentes ont été sélectionnés puis, lors de la troisième étape, seul-e-s les indigent-e-s âgé-e-s de 18 ans et plus et dont le nom figurait sur la liste originale des indigent-e-s ont été recruté-e-s pour l'enquête (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017). L'enquête a été menée du 10 au 25 juin 2019 par cinq

enquêteurs et enquêtrices formé-e-s, parlant couramment la « langue locale », sous la supervision d'un coordinateur d'étude. Les données ont été collectées numériquement à l'aide de tablettes. L'enquête comprenait les cinq sections suivantes : identification des indigent-e-s, y compris leur localisation géographique; informations sociodémographiques; utilisation de la carte d'exemption des services de santé; signalement des maladies et des besoins en matière de soins de santé; capacités fonctionnelles et le réseau de soutien.

Analyse des données

Pour l'analyse, nous avons utilisé l'échantillon tronqué de répondant-e-s ayant utilisé des services de santé formels dans l'établissement de santé sous réserve de la déclaration de la maladie au cours des six mois précédents (N=110), car les cartes d'exemption de paiements directs étaient réservées uniquement aux soins fournis par les établissements de santé officiels. Premièrement, nous avons effectué des statistiques descriptives pour identifier la distribution de l'échantillon pour toutes les variables incluses dans l'analyse. Deuxièmement, nous avons effectué une régression logistique multivariée pour étudier les facteurs liés à une dépense de santé excessive parmi les indigent-e-s ayant bénéficié de services de santé formels pour un seul épisode de maladie au cours des six derniers mois. Troisièmement, nous avons géolocalisé les répondant-e-s et transféré leurs informations GPS dans un système d'information géographique afin de mieux comprendre les tendances entre le lieu de résidence des répondant-e-s et le centre de santé primaire (CSPS). Les détails de l'approche méthodologique et de la modélisation statistique ont été présentés dans l'article original publié en anglais[3].

3. Voir la première note de bas de page.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

Le tableau 1 fournit des statistiques descriptives, des fréquences et des pourcentages pour l'échantillon de l'étude.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

	Exemple n=110 individus (100%)	
	N	%
Excès de dépenses pour les services de soins de santé lors de		
Non	11	7.27
Qui	99	92.73
Possession de la carte d'exemption		
Non	18	16.36
Qui	92	83.64
Sexe		
Homme	43	39.09
Femme	67	60.91
Niveau d'éducation		
Pas d'éducation	96	87.27
Éducation	14	12.73
État civil		
Tout le reste	53	48.18
Marié	57	51.82
Relation avec le chef de famille		
Tout le reste	75	68.18
Chef de famille	35	31.82
Santé perçue		
Tout le reste	89	80.91
Bon	21	19.09
Handicap		
Non	80	72.73
Qui	30	27.27
Indice de pauvreté		
Les plus pauvres	32	29.09
Moyens	38	34.55
Les moins pauvres	40	36.36
	Moyenne	Sd
Âge (en années)	55.11	18.67
Taille du ménage	14.25	11.54
Distance du centre de soins le plus proche (en km)	4.45	4.75

La majorité de l'échantillon (60,91%) était composée de femmes dont l'âge moyen était de 55,11 ans. Seul-e-s 12,73% ont atteint le niveau d'éducation formel. La moitié de l'échantillon était mariée. Environ un tiers de l'échantillon de l'étude était le chef de ménage. Seules 19,09 % des personnes interrogées ont déclaré être en bonne santé et 27,27% ont déclaré être handicapées. Les personnes interrogées vivaient dans des ménages assez grands, comptant en

moyenne 14 membres, ce qui est typique des zones rurales du Burkina Faso. Plus de 80% ont déclaré avoir reçu une carte d'exemption. 29,09% appartenaient aux plus pauvres, 34,55% au quantile de pauvreté moyenne et 36,36% au quintile le plus pauvre. La distance moyenne entre le domicile du ou de la répondant-e et le CSPS le plus proche était de 4,45 km. La figure 1 illustre la concentration géographique où certaines des personnes interrogées sont concentrées autour des centres de santé, mais aussi dans des régions éloignées.

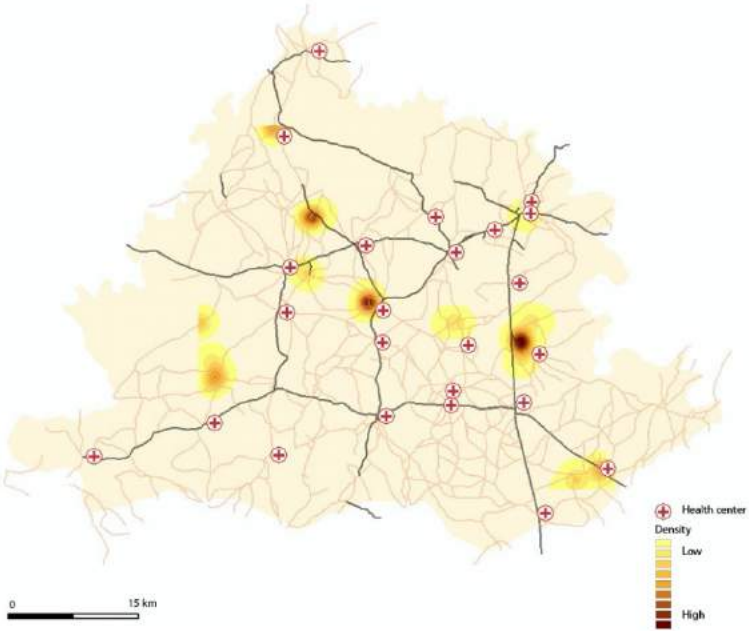

Figure 1. *Répartition géographique des CSPS et des indigent-e-s*

Dépenses de santé pour les services de santé formels et les transports

Le **tableau 2** illustre la moyenne des dépenses de santé pour les soins de santé formels, le transport et le total des dépenses pour les répondants qui ont déclaré un épisode de maladie au cours des six derniers mois. Les informations sont présentées pour quatre scénarios possibles.

Tableau 2 : Dépenses pour les services de santé formels et les transports en FCFA

OOPE	N	%	Moyenne	SD	Médiane	Min	Max
1. Scénario : en tenant compte des zéros et des valeurs aberrantes							
Soins de santé	110	100.00	20424.45	81552.69	5000	0	700000
Transport	49	26.77	2134.18	2377.49	1400	0	12000
TOTAL	110	100.00	21375.14	82647.95	5050	0	710000
2. Scénario : En excluant uniquement les valeurs aberrantes [a]							
Soins de santé	107	97.27	8847.57	10838.98	5000	0	60000
Transport	48	43.64	1928.65	1912.758	1400	0	10000
TOTAL	110	100.00	9447.86	11196.48	5000	0	62000
3. Scénario : Excluant seulement les zéros [b]							
Soins de santé	99	90%	22693.84	85704.95	5100	500	700000
Transport	48	43.64	2178.646	2381.975	1450	500	12000
TOTAL	102	92.73	23051.62	85631.19	5850	500	710000
4. Scénario : A l'exclusion des zéros et des valeurs aberrantes [c]							
Soins de santé	96	87.27	9861.35	10999.28	5000	500	60000
Transport	47	42.73	1969.68	1911.96	1400	500	10000
TOTAL	102	92.73	10188.87	11298.93	5600	500	62000

Note : Sur les 110 personnes interrogées qui utilisent des services de santé formels, 11 ont déclaré n'avoir aucune dépense.

a à l'exclusion de trois observations en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 60000 pour les soins de santé formels ; à l'exclusion d'une observation en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 10000 pour les transports

b à l'exclusion de 11 observations avec des zéros pour les soins de santé formels et à l'exclusion d'une observation avec des zéros pour le transport

c à l'exclusion de 11 observations avec des zéros pour les soins de santé formels ; à l'exclusion d'une observation avec des zéros pour le transport : à l'exclusion de trois observations en réduisant le seuil de 3 % supérieur =60000 pour les soins de santé formels ; à l'exclusion d'une observation en réduisant le seuil de 3 % supérieur = 10000 pour le transport

La moyenne des dépenses directes pour les services de santé formels en incluant les zéros (les indigent-e-s exempté-e-s étaient censé-e-s être traité-e-s gratuitement) était de 20424,45 FCFA (34,72 USD) et de 2134,18 FCFA (3,62 USD) pour le transport. En comparaison, si l'on exclut les zéros et les valeurs extrêmes, les dépenses sont de 9861,35 FCFA (16,76 USD) pour les services de santé formels et de 1969,68 FCFA (3,35 USD) pour le transport.

Dans le tableau 3, nous avons calculé la prévalence des dépenses excessives parmi les indigent-e-s et la moyenne des dépenses de santé pour différents seuils. En utilisant le seuil de dépenses élevé, 29,09% des personnes interrogées ayant eu un épisode de maladie avaient des dépenses que l'on pouvait qualifier d'excessives.

Tableau 3 : Prévalence des dépenses excessives et moyennes pour différents seuils (n=110)

Seuil des dépenses excessives	Nombre de répondant-e-s	% de personnes interrogées souffrant d'une maladie	Moyenne élevée des dépenses pour les services de santé formels moyenne (écart-type) en FCFA
Dépenses élevées	35	29.09	56762.86 (138984.3)
Dépenses moyennement élevées	58	52.73	36684.91 (130213.7)
Dépenses extrêmement élevées	27	24.55	70816.67 (156285.4)

Résultats du modèle de régression sur les facteurs liés à l'excès des dépenses

Le tableau 4 présente les résultats de la régression logistique explorant les facteurs liés aux dépenses excessives au niveau individuel. Nous présentons d'abord les résultats de notre modèle principal en utilisant les dépenses médianes multipliées par plus de 2 comme seuil pour des dépenses élevées.

Tableau 4 : Résultats du modèle de régression explorant les facteurs liés à l'excès de POOPE au niveau individuel

Variable	Modèle principal = excès de dépenses sur les services de soins de santé formels N=110							
	Coefficient de régression	p-value	[95% IC]		Effets marginaux	p-value	[95% IC]	
Propriétaire de la carte d'exemption	-1.787	**0.025**	-3.350	-0.224	-0.279	**0.014**	-0.503	-0.057
Femme	-2.072	**0.003**	-3.440	-0.705	-0.324	**0.000**	-0.501	-0.148
Éduqué	-1.703	0.158	-4.068	0.662	-0.267	0.145	-0.625	0.092
Marié	0.192	0.738	-0.932	1.315	0.030	0.738	-0.146	0.206
Chef de famille	-0.943	0.160	-2.256	0.371	-0.148	0.146	-0.346	0.051
Bon état de santé	-1.913	0.084	-4.082	0.256	-0.299	0.074	-0.628	0.030
Avoir un handicap	0.295	0.593	-0.787	1.377	0.046	0.592	-0.122	0.215
Âge	0.036	0.061	-0.002	0.074	0.006	**0.047**	0.000	0.011
Taille du ménage	-0.030	0.211	-0.078	0.017	-0.005	0.199	-0.012	0.002
Distance	-0.080	0.195	-0.201	0.041	-0.012	0.184	-0.031	0.006
Indice de pauvreté (vs. 1 = indigents)								
2= Médiocre	0.069	0.914	-1.175	1.313	0.010	0.914	-0.174	0.194
3= Les moins pauvres	0.568	0.383	-0.709	1.844	0.089	0.371	-0.105	0.283
_cons	0.886	0.616	-2.577	4.348				
LR chi2(12)	33.71							
Prob >= chibar2	0.001							

Nous avons constaté que le fait d'avoir une carte d'exemption avait un effet protecteur sur les dépenses excessives pour les indigent-e-s. La probabilité de faire face à une dépense dite excessive est plus faible de 28% pour ceux et celles qui ont reçu une carte d'exemption. Nous avons également constaté que la probabilité d'une dépense excessive diminuait de 32% si la personne interrogée était une femme. Tous les autres facteurs inclus dans le modèle principal étaient non-significatifs. Les résultats sont restés stables dans les deux modèles choisis pour l'analyse de sensibilité, dans laquelle nous avons utilisé le seuil de dépenses moyen et extrêmement élevé. Il est intéressant de noter que le facteur de l'âge a considérablement

augmenté la probabilité d'encourir une dépense excessive uniquement dans les modèles 2 et 3 (voir les fichiers additionnels 1 et 2 de l'article original). Dans le modèle principal, l'âge était insignifiant. Les résultats sont également restés stables si l'on exclut les trois cas extrêmes (voir le fichier additionnel 3 dans l'article original).

Discussion

Notre étude apporte une contribution unique à la littérature existante en étudiant les dépenses de santé des indigent-e-s au Burkina Faso, une partie de la société qui vit dans l'extrême pauvreté et qu'il est le plus difficile d'atteindre. Ils et elles sont donc souvent négligé-e-s dans le paysage scientifique car les données sur ces personnes exclues sont peu disponibles (Ridde *et al.*, 2019). Par conséquent, même un petit ensemble de données comme le nôtre est précieux pour suivre et comprendre de près les progrès pour ces personnes et intégrer les connaissances acquises dans la planification et la hiérarchisation des interventions futures afin de ne laisser personne de côté, comme le prévoit « l'Agenda 2030 pour le développement durable». Notre étude est la première qui évalue l'ampleur des dépenses pour les services de santé formels parmi les indigent-e-s ciblé-e-s et exempté-e-s. Compte tenu des dépenses étonnamment élevées des indigent-e-s, nous avons également cherché à estimer les facteurs qui expliquent la probabilité que les indigent-e-s encourent une dépense excessive. Les résultats de notre étude convoquent des implications pratiques et politiques précieuses pour les pays qui s'orientent vers un régime national d'assurance maladie avec l'aspiration d'inclure également les membres les plus pauvres de la société[4]. Cependant, en raison de la petite taille de l'échantillon, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

La première conclusion cruciale de notre étude est que 90% de la population étudiée a encouru des dépenses supérieures à zéro, alors que seulement 10% ont déclaré des dépenses nulles. Le plus frappant

4. Voir le chapitre de Ridde *et al.* sur les mutuelles de santé.

est que ces indigent-e-s identifié-e-s et anciennement exempté-e-s ont dû payer une somme moyenne totale substantielle de 23051,62 FCFA (39,19 USD) pour couvrir leurs frais de santé officiels pour un seul épisode de maladie au cours des six derniers mois. Pourtant, Beogo *et al.* (2016) ont évalué la moyenne des dépenses directes de santé publique des individus vivant dans la capitale du Burkina Faso à 8404 FCFA (14,29 USD). Nakovics *et al.* (2019) ont utilisé des données au niveau des ménages pour 24 districts (un tiers du pays) et ont calculé une dépense directe moyenne globale de 9362 FCFA (USD 15,92) (quel que soit le type de soins utilisés) pour la population rurale générale. Le quintile socio-économique le plus bas de l'étude réalisée par Nakovics *et al.* (2019) a déclaré une dépenses de santé au même niveau que le reste de la population. Ce qui est évident, c'est le décalage de nos valeurs avec celles des études précédentes. Il est essentiel de noter ici que notre calcul a inclus trois cas extrêmes, mais validés, où des indigent-e-s ont été évacué-e-s pour une opération chirurgicale avec des coûts d'accompagnement extrêmement élevés. Lorsque nous avons retiré ces cas, la moyenne a été calculée à 10188,87 FCFA (17,32 USD), ce qui correspond presque à celle rapportée par Beogo *et al.* (2016) et Nakovics *et al.* (2019). Quelle que soit l'approche adoptée, les deux montants de 39,19 USD et 17,32 USD imposent une charge économique considérable aux indigent-e-s qui vivent déjà en dessous du seuil de pauvreté national de 1,90 USD par jour (Banque mondiale, 2020). En outre, ces chiffres démontrent le caractère injuste des mécanismes actuels de financement de la santé au Burkina Faso.

Notre étude révèle également que près de la moitié des personnes qui font appel à des services de santé formels (45%) ont eu une dépense de transport avec une moyenne de 2178,65 FCFA (3,70 USD). Non seulement les indigent-e-s sont plus nombreux et nombreuses à encourir des frais de transport, mais en même temps, le coût moyen est 27% plus élevé que ce que les habitant-e-s des zones rurales du Burkina Faso paient pour le transport des soins de santé (1670,83 FCFA) (2,84 USD) (Nakovics *et al.*, 2019). Cette constatation semble tout à fait plausible à première vue car on sait que les indigent-e-s vivent généralement isolé-e-s socialement dans des zones reculées (Ridde *et al*, 2013). Ils et elles ne possèdent pas de

moyens (par exemple, bicyclette, moto ou ânes) pour se rendre au centre de santé, ce qui pourrait entraîner un besoin accru d'utiliser d'autres moyens de transport, faisant augmenter les coûts. La carte (figure 1) de la répartition des CSPS et de la densité des indigent-e-s a confirmé l'éloignement géographique. Cependant, si l'on compare la différence moyenne entre les résident-e-s ruraux et rurales et les indigent-e-s identifié-e-s entre leur lieu de résidence et les centres de santé les plus proches, on ne voit pas de différence importante. Ce constat nous laisse croire que la distance seule n'est peut-être pas le principal facteur d'augmentation des coûts de transport. Nous supposons plutôt que leur âge avancé, la gravité de la maladie et un éventuel stade tardif de la recherche de soins (incapacité de marcher, de se tenir debout, de s'asseoir seul sans assistance) pourraient exiger que les indigent-e-s soient transporté-e-s d'une manière spécifique, par exemple en rendant nécessaire un transport accompagné avec un véhicule emprunté (impliquant des frais de carburant) (Atchessi *et al.*, 2014, 2016; Kadio, 2013)[5].

En examinant spécifiquement les résultats des modèles de régression, il est frappant de constater que la carte d'exemption que les répondant-e-s ont reçue début février 2016 à Diébougou dans le cadre de l'intervention FBR (trois ans avant la collecte des données) a diminué la probabilité de subir une dépense excessive de 28%. Cette constatation montre le potentiel de l'exemption dans la réalisation de la protection financière des plus pauvres, qui est un objectif clé de la première stratégie de financement de la santé du Burkina (2017-2030). Ceci est remarquable, surtout si l'on considère que l'intervention s'est terminée en juin 2018 avec la fin du financement de la Banque mondiale[6], où les prestataires de soins de santé ont reçu les derniers remboursements du programme en janvier 2018. Notre collecte de données a commencé presque exactement un an après la fin officielle du projet. Bien que d'autres études qualitatives supplémentaires soient nécessaires pour clarifier les raisons spécifiques de cette évolution positive, les premiers retours d'information sur le terrain ont mis en évidence des processus de solidarité de certain-e-s

5. Voir le chapitre de Louart *et al.*
6. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

professionnel-le-s de la santé et leur adhésion à l'exemption des paiements directes après l'arrêt du FBR. En effet, on suppose que certain-e-s professionnel-le-s de la santé continuent à se sentir responsables de la santé de leur communauté et à faire preuve de compassion et de gentillesse envers les indigent-e-s. En conséquence, ils et elles pourraient encourager des actions de soutien en collaboration avec les comités de gestion ou, de manière autonome, fournir des services de santé aux indigent-e-s. Nous pensons également à la politique d'exemption mise en œuvre par le gouvernement en 2009 qui a demandé aux agent-e-s de santé au niveau primaire d'exempter les indigent-e-s, mais qui n'a jamais abouti. Des situations similaires ont été notées au Burkina Faso et Mali où certains personnels de santé, dans leurs bonnes volonté, ont continué à assurer l'exemption des soins de santé pour les indigent-e-s identifié-e-s (Ridde & Girard, 2004). En effet, après l'arrêt du FBR au Mali, ce sont principalement les activités avec un degré plus élevé de motivation autonome qui sont plus durables (Seppey *et al.*, 2017). Dans le cas des exemptions des paiements directs, le personnel de santé pourrait être poussé à continuer de fournir des services aux indigent-e-s, même en l'absence de financement d'un projet, car cela correspond à leurs croyances et valeurs.

En outre, une association positive entre l'âge et les dépenses excessives pour les services de santé formels a émergé des conclusions. Cette tendance n'est pas surprenante. Elle est cohérente avec l'état des connaissances (Mugisha *et al.*, 2002), car un âge avancé est un facteur prédisposant à des taux plus élevés de (multi)-morbidités et d'invalidités (Audain *et al.*, 2017; WHO, 2020). Par conséquent, les personnes âgées font un usage important des services de santé formels (Agyemang, Duah *et al.*, 2020), nécessitent des diagnostics spéciaux et, par conséquent, encourent des dépenses plus élevées (Atchessi *et al.*, 2016; National Research Council, 2001). De même, nous nous attendions à ce que les hommes soient plus susceptibles de dépenser excessivement pour les services de santé formels pour trois raisons principales. Premièrement, le Burkina Faso a mis en place plusieurs mécanismes d'exemption et de suppression des paiements directs et des politiques ciblant les femmes,

notamment la politique de gratuité en avril 2016[7] pour couvrir les frais de santé pour les soins préventifs et curatifs des femmes enceintes et allaitantes, ce qui rend les dépenses excessives moins probables (Ministère de la Santé Burkina Faso, 2016). Deuxièmement, comme les hommes sont généralement le soutien de la famille et que leur santé est essentielle pour la survie du ménage, ils pourraient utiliser davantage les services de santé formels que les femmes indigentes (Chen *et al.*, 1981; Mugisha *et al.*, 2002; Sen & Östlin, 2008). Troisièmement, Atchessi *et al.* (2016) ont mis en évidence les inégalités de pouvoir qui prévalent dans les relations entre les sexes dans ce contexte particulier au Burkina Faso où le pouvoir de décision appartient généralement aux hommes, ce qui place généralement les femmes dans une position sociale subordonnée affectant leur accès aux ressources rares (Sen & Östlin, 2008).

Conclusion

Un suivi rigoureux des dépenses de santé parmi les ménages pauvres est essentiel pour comprendre les améliorations de la protection financière et de la CSU (Organisation mondiale de la santé, 2019). À notre connaissance, il s'agit de la première étude examinant le niveau de difficultés financières au sein d'une population d'indigent-e-s en Afrique. Les résultats mettent en évidence le montant élevé de dépenses que les indigent-e-s doivent engager pour couvrir leurs frais de santé. Nous avons démontré que les dépenses pour les personnes indigentes sont à peu près au même niveau que celles des personnes appartenant aux groupes socio-économiques plus favorisés, ce qui démontre clairement l'injustice des systèmes de financement de la santé actuellement en vigueur au Burkina Faso. En incluant des valeurs extrêmes valables, les indigent-e-s ont même en moyenne des dépenses plus élevées que la population générale, probablement en raison de leur âge avancé, de la gravité de la maladie et de la complexité des profils médicaux. La présente étude souligne que les cartes d'exemption avaient un effet protecteur contre les

7. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

dépenses de santé excessives malgré la fin de l'intervention du FBR, ce qui montre la pertinence de la gratuité des soins pour une population vulnérable.

Les décideurs et décideuses politiques du Burkina Faso doivent reconnaître les besoins particuliers des personnes indigentes pour une protection financière mieux adaptée. Une étude des modèles de service spécifiquement destinés aux indigent-e-s est urgente[8]. Il faut une couverture améliorée et élargie pour cette population compte tenu des risques élevés dus à la multimorbidité et aux maladies chroniques. Si l'on ne tient pas compte de ces réalités lors de l'allocation des budgets, il est peu probable que les soins de santé soient réellement inclusifs pour les personnes vivant en marge de la société comme le sont les indigent-e-s.

Références

Agyemang-Duah, W., Peprah, C. & Arthur-Holmes, F. (2020). Predictors of healthcare utilisation among poor older people under the livelihood empowerment against poverty programme in the Atwima Nwabiagya District of Ghana. *BMC Geriatrics*, 20(79). https://doi.org/10.1186/s12877-020-1473-8

Ameur, A. B., Ridde, V., Bado, A. R., Ingabire, M.-G. & Queuille, L. (2012). Exemptions des paiements directs et dépenses excessives des ménages pour un accouchement normal au Burkina Faso : La nécessité d'une mise en œuvre prudente. *BMC Health Services Research*, 12(412).

Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunégui, M.-V. (2014). Le processus de sélection des indigents pour recevoir des soins gratuits au Burkina Faso est-il équitable? *BMC Public Health*, 14(1158). https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1158

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

Atchessi, N., Ridde, V. & Zunzunegui, M.-V. (2016). Les exemptions des paiements directs ne suffisent pas à elles seules à accroître l'utilisation des services de santé par les indigents. *Health Policy & Planning*, 31(5), 674-681. https://doi.org/10.1093/heapol/czv135

Audain, K., Carr, M., Dikmen, D., Zotor, F. & Ellahi, B. (2017). Exploration de l'état de santé des personnes âgées en Afrique subsaharienne. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76(4), 574-579. https://doi.org/10.1017/S0029665117000398

Banque mondiale. (2020). *Dossier sur la pauvreté et l'équité. Burkina Faso. Afrique subsaharienne*. https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_BFA.pdf

Beaugé, Y., Koulidiati, J.-L., Ridde, V., Robyn, P. J. & De Allegri, M. (2018). Quel est le coût du ciblage communautaire des indigents dans le secteur de la santé? Nouvelles données du Burkina Faso. *Health Economics Review*, 8(19). https://doi.org/10.1186/s13561-018-0205-7

Beaugé, Y., Ridde, V., Bonnet, E., Souleymane, S., Kuunibe, N. & De Allegri, M. (2020). Facteurs liés aux dépenses excessives chez les indigents après l'interruption du FBP : Une étude transversale au Burkina Faso. *Revue de l'économie de la santé*, 10(1), 1-11.

Beogo, I., Huang, N., Gagnon, M.-P. & Amendah, D. D. (2016). Les dépenses directes et leurs déterminants dans le contexte de l'expansion du secteur privé des soins de santé dans les villes urbaines d'Afrique subsaharienne : Données tirées d'une enquête auprès des ménages à Ouagadougou, Burkina Faso. *BMC Research Notes*, 9(34). https://doi.org/10.1186/s13104-016-1846-4

Chen, L. C., Huq, E. & d'Souza, S. (1981). Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh. *Population and Development Review*, 55-70.

Conseil national de la recherche. (2001). *Se préparer à un monde vieillissant : The case for cross-national research*. National Academies Press.

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

Kadidiatou, K., Yamba, K., Aboubacar, O. & Ridde, V. (2018). Analyse de la mise en œuvre d'une initiative de protection sociale visant à admettre les plus pauvres des pauvres dans les mutuelles de santé au Burkina Faso. *Revue internationale de la sécurité sociale*, 71(1), 71-91. https://doi.org/10.1111/issr.12161

Kadio, K. (2013). Perception de l'entraide et de la solidarité de la part d'indigents provenant de ménages du quintile le plus riche du district sanitaire d'Ouargaye au Burkina Faso. Dans P. Fournier, S. Haddad & V. Ridde (dir.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. L'Harmattan.

Kagambega, M. T. (2020). Les obstacles à l'effectivité de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso. *SociologieS*. https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.4000/sociologies.13422

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).

Ministère de la Santé du Burkina Faso (2017). *Annuaire statistique 2017*. http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_ms_2017.pdf

Mugisha, F., Kouyate, B., Gbangou, A. & Sauerborn, R. (2002). Examen des dépenses de santé à Nouna, Burkina Faso : Implications pour la politique de santé. *Tropical Medicine & International Health*, 7(2), 187-196. https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2002.00835.x

Mwase, T., Brenner, S., Mazalale, J., Lohmann, J., Hamadou, S., Somda, S. M. A., Ridde, V. & De Allegri, M. (2018). Inégalités et leurs déterminants dans la couverture des services de santé maternelle au Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*, 17(58). https://doi.org/10.1186/s12939-018-0770-8

Nakovics, M. I., Brenner, S., Robyn, P. J., Tapsoba, L. D. G. & Allegri, M. D. (2019). Déterminants des dépenses de santé individuelles : Une analyse transversale dans les zones rurales du Burkina Faso. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4). https://doi.org/10.1002/hpm.2812

OMS (2020). *Des systèmes de santé qui répondent aux besoins des personnes âgées*. http://www.who.int/ageing/health-systems/en/

OMS (2019). *Statistiques sanitaires mondiales 2019 : Suivi de la santé pour les GDS, objectifs de développement durable*.

Pigeon-Gagné, É., Hassan, G., Yaogo, M. & Ridde, V. (2017). Une étude exploratoire évaluant la détresse psychologique des indigents au Burkina Faso : Un pas en avant dans la compréhension des besoins en santé mentale en Afrique de l'Ouest. *International Journal for Equity in Health*, 16(143). https://doi.org/10.1186/s12939-017-0633-8

Réfléchissez bien. (2020). *Renforcer les achats pour améliorer les soins de santé primaires au Burkina Faso*. ThinkWell. https://thinkwell.global/projects/sp4phc/burkinafaso/

Ridde, V. & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 16(1), 37-51. https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=SPUB_041_0037

Ridde, V. (2011). L'initiative de Bamako est-elle toujours pertinente pour les systèmes de santé d'Afrique de l'Ouest? *International Journal of Health Services*, 41(1), 175-184. https://doi.org/10.2190/HS.41.1.l

Ridde, V., Bonnet, E., Kadio, K., Louart, S. & De Allegri, M. (2019). La démographie au secours de la couverture santé universelle : Exemples en Afrique de l'Ouest. *Alternatives Humanitaires*, (12). http://alternatives-humanitaires.org/fr/2019/11/14/la-demographie-au-secours-de-la-couverture-sante-universelle-exemples-en-afrique-de-louest/

Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A. & Kadio, K. (2013). Une analyse spatiale d'une sélection communautaire d'indigents au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(suppl_1). https://doi.org/10.1177/1757975912462417

Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y. & Bicaba, A. (2010). Faible couverture mais peu d'erreurs d'inclusion au Burkina Faso : Une approche de ciblage communautaire pour exempter les indigents de paiements directs. *BMC Public Health*, 10(631). https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-631

Ridde, V., Rossier, C., Soura, A. B., Bazié, F. & Kadio, K. (2014). Une approche communautaire de la sélection des indigents est difficile à organiser dans un quartier formel de Ouagadougou, au Burkina Faso : Une étude exploratoire de méthodes mixtes. *International Journal for Equity in Health*, 13(31). https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-31

Ridde, V., Turcotte-Tremblay, A.-M., Souares, A. *et al.* (2014). Protocole pour l'évaluation du processus des interventions combinant le financement basé sur la performance et l'équité en matière de santé au Burkina Faso. *Implementation Science*, 9(149). https://doi.org/10.1186/s13012-014-0149-1

Sen, G. & Östlin, P. (2008). Inégalité des sexes en matière de santé : Pourquoi elle existe et comment nous pouvons la changer. *Santé publique mondiale*, 3(suppl_1), 1-12. https://doi.org/10.1080/17441690801900795

Seppey, M., Ridde, V., Touré, L. & Coulibaly, A. (2017). Évaluation de la durabilité d'un projet financé par un donateur : Une étude de cas qualitative d'un projet pilote de financement basé sur les résultats dans la région de Koulikoro, au Mali. *Mondialisation et santé*, 13(86). https://doi.org/10.1186/s12992-017-0307-8

SERSAP (2015). *Rapport de la sélection des indigents au Burkina Faso.*

Simporé, L., Ridde, V., Queuille, L. & Hema, A. (2013). Évaluation de l'efficacité du ciblage communautaire des indigents bénéficiaires de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba au Burkina Faso. Dans P. Fournier, S. Haddad & V. Ridde (dir.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. L'Harmattan.

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