

## **La subvention des accouchements au Burkina Faso : Quels effets sur les dépenses de santé des ménages et sur le recours à un accouché assisté ?**

### INTRODUCTION

Accoucher dans un centre de santé auprès d'un personnel qualifié est une des stratégies reconnues pour réduire la mortalité maternelle . Elle est urgente à mettre en œuvre car de nombreux pays africains sont en retard dans l'atteinte de l'OMD 5. Les progrès sont ainsi qualifiés d'insuffisants au Burkina Faso où l'on estime que le ratio de mortalité maternelle est passé de 700 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 560 en 2008 . En effet, seulement 43% des femmes accouchaient dans une formation sanitaire publique en 2006. De plus, des inégalités importantes subsistaient car, en 2003, 79,7% des femmes du quintile de revenu supérieur accouchaient dans une formation sanitaire publique contre seulement 19,6% du quintile inférieur . Les femmes en général, et les plus pauvres en particulier, font ainsi face à de multiples barrières pour accéder au système de santé, la plus importante étant la barrière financière . Voilà pourquoi, ces dernières années, de nombreuses stratégies sont proposées pour lever cette barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux .

### CONTEXTE ET INTERVENTION

L'une de ces stratégies est de supprimer le paiement direct des accouchements au point de services, tel que le réclame les agences des Nations Unies et l'Union Africaine. Une enquête réalisée en 2010 par l'UNICEF montre 70 % des pays de l'Afrique de l'Ouest et centrale subventionne les césariennes, et 50% les accouchements normaux. Les recherches ont montré qu'à la suite de cette suppression, le nombre d'accouchements institutionnels a augmenté au Ghana et au Sénégal . En revanche, les résultats en Ouganda sont discordants sur l'utilisation . De plus, selon le personnel soignant, les plus pauvres ont été les premiers bénéficiaires de cette augmentation en Ouganda , au Ghana , à Madagascar et en Afrique du Sud . Ces perceptions sont étayées par des données chiffrées en Ouganda et au Ghana . Cependant, les recherches ont aussi montré au Ghana, Kenya, Tanzanie ou Burkina Faso qu'une fois la barrière financière au point de service levée, les femmes continuent de faire face à d'autres barrières, tels que les dépenses non médicales, les dessous-de-table ou la distance pour accoucher .

C'est pour s'attaquer à ce problème d'accès financier au système de santé que le Burkina Faso s'est engagé en 2006 dans une politique nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). L'objectif annoncé de la politique est de réduire les dépenses médicales pour les familles et d'améliorer l'utilisation des services . L'État a fait le choix de subventionner les prix des soins de santé maternels dans les établissements de santé plutôt que d'en supprimer totalement le paiement. Ainsi, le prix des césariennes (octobre 2006) et des accouchements (janvier 2007) est subventionné à hauteur de 60%-80% selon le type de formations sanitaires. Les femmes payent le complément, soit par exemple 900 F CFA (1 \$US = 478 F CFA, nov. 2010) pour un accouchement eutocique dans un centre de santé de première ligne. L'État subventionne à 100% le coût de l'évacuation entre le centre de santé et l'hôpital pour les césariennes. La politique de subventions est financée par le budget national. Il est prévu un budget de 30 milliards de F CFA pour la période 2006-2015. Un fonds d'indigence est prévu pour 5

milliards, ce qui représente, selon nos calculs, 23% des accouchements attendus. Ainsi, les seules femmes qualifiées d'indigentes à la suite d'un processus de sélection communautaire ou administratif peuvent bénéficier de ce fonds en étant totalement exemptées du paiement.

Cette étude a pour objectif d'évaluer les effets de la politique nationale de subvention des services maternels. Ces effets sont examinés au regard de deux critères principaux : (1) la réduction des dépenses des ménages reliés à l'accouchement ; (2) la distribution des bénéficiaires concernant i) l'utilisation des services, ii) les dépenses médicales d'accouchements, iii) la protection financière des ménages.

## Méthode

### Site de l'étude

Le cadre d'étude est le district sanitaire de Ouargaye. En effet, dans ce district sanitaire, une étude sur les coûts à l'accouchement et sur la mortalité maternelle a été réalisée en fin 2006 par le projet IMMFACT avant la subvention des accouchements et des SONU. En 2010, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) avec l'Université de Montréal au Canada soutenu par le CRDI a refait une même enquête quantitative en vue d'apprécier les effets d'avant et d'après la subvention des SONU sur les dépenses des ménages.

### Données

La première enquête a été effectuée en janvier 2006 avait enquêté 1170 femmes qui ont accouché au cours des 6 dernières semaines précédant l'entretien de l'enquêteur dans le ménage. L'enquête post-intervention a été réalisée en février 2010 selon la même méthodologie que la première enquête. Au total 1016 femmes ayant accouché dans les formations sanitaires au cours des six dernières semaines ont été enquêtées.

Les mêmes questionnaires ont été utilisés en 2006 et 2010. Ils portent sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des ménages et les dépenses encourues lors de l'accouchement. Toutes les dépenses sont enregistrées de manière à pouvoir distinguer les dépenses médicales et non médicales.

### Méthodes d'analyse des données

Une double saisie des données a été effectuée avec EpiData<sup>®</sup>. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels SPSS<sup>®</sup>, STATA<sup>®</sup> et Excel<sup>®</sup>. Pour l'analyse de la distribution des bénéficiaires, un index reflétant le statut socioéconomique des ménages a été établi par analyse factorielle, en fonction des avoirs recensés. Les ménages ont été ensuite répartis en quintiles. Les effets des mesures de subvention sur les dépenses de santé ont été étudiés par des tests non paramétriques (test de médianes). Les dépenses de santé de 2006 ont été corrigées pour l'inflation. Les boxplots ont été utilisées pour la représentation graphique des dépenses.

## Quelques résultats

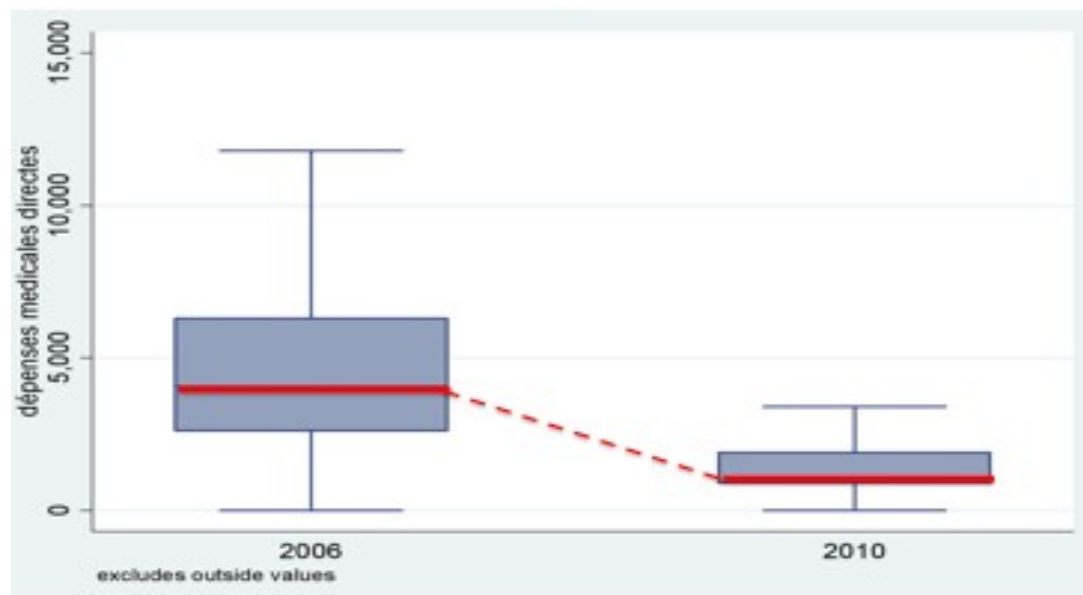
### Une réduction importante des dépenses médicales et un maintien des dépenses non médicales

Les dépenses médicales se sont considérablement réduites entre 2006 et 2010 (Tableau 1). Cette évolution s'accompagne d'un tassement marqué de la distribution des dépenses (figure 1), d'une réduction des écarts interquartiles et d'un abaissement du seuil délimitant les valeurs extrêmes de dépenses.

Table 1: dépenses médicales (F CFA) pour les accouchements eutociques en 2006 et 2010

	2006				2010				2006/2010
	N	Med.	Q1	Q3	N	Med.	Q1	Q3	Médiane
Ticket d'accouchement	192	232	116	928	906	0	0	0	$p = 0,001$
Frais d'accouchement	394	1 769	870	2 784	903	700	700	900	$p = 0,001$
Frais d'hospitalisation	302	812	348	1 551	904	200	0	200	$p = 0,001$
Frais d'analyses	77	232	0	1 160	906	0	0	0	$p = 0,001$
Frais de médicaments soignant	201	2 030	1 160	2 842	53	1 100	900	2 200	$p = 0,001$
Frais de médicaments dépôt	413	2 813	1 740	4 799	266	1 500	1 000	3 212	$p = 0,001$
<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>4 060</b>	<b>2 610</b>	<b>6 299</b>	<b>883</b>	<b>900</b>	<b>900</b>	<b>1 900</b>	$p = 0,001$

Figure 1 : distribution des dépenses médicales entre 2006 et 2010



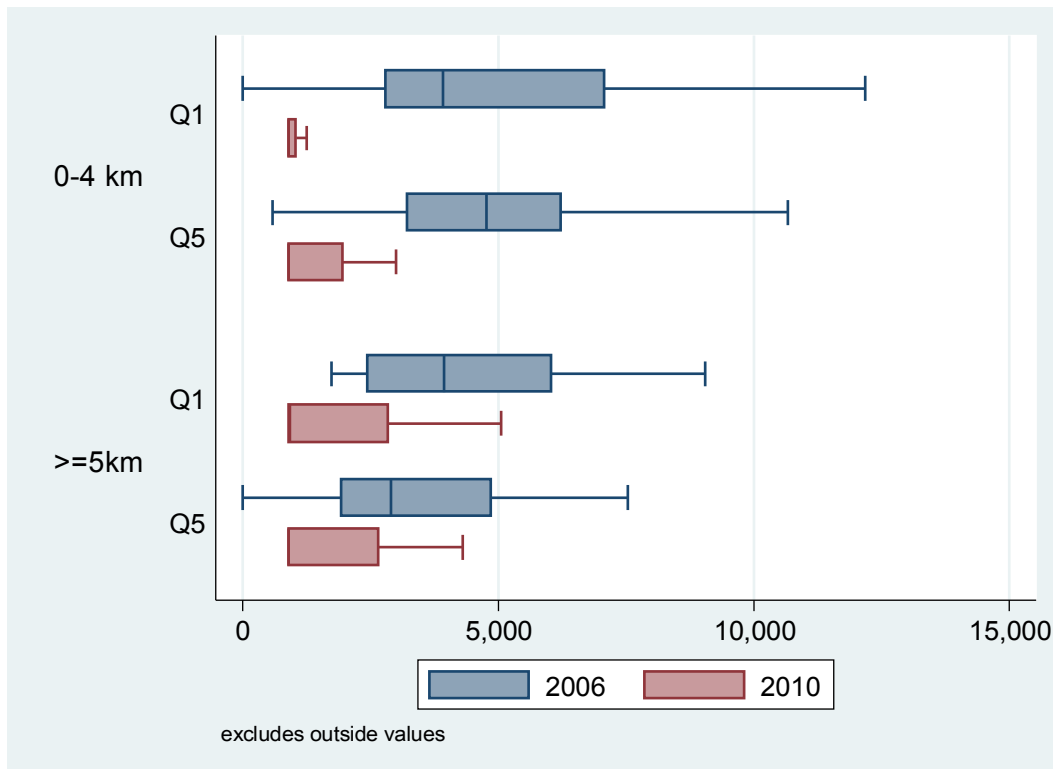
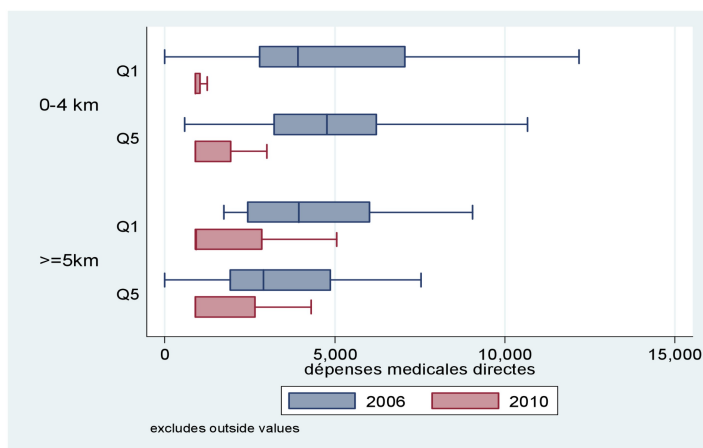
### Une distribution des bénéfices inchangée pour l'utilisation et favorable aux femmes du quintile inférieur pour les dépenses médicales

Au regard de l'utilisation totale, les femmes des ménages du quintile supérieur utilisent plus que les autres femmes les services de santé pour accoucher. Cette inégalité s'accroît lorsque que l'on tient compte des besoins (taux de natalité) différents de chaque quintile de revenu. Cependant, cette situation pré-existait à la politique de subvention et elle ne s'est pas détériorée en 2010.

### Une réduction du risque de dépenses excessives pour les ménages vulnérables

Les dépenses médicales de toutes les utilisatrices se situent en 2010, en deçà de la valeur seuil de 2006. La proportion de ménages à risque de dépenses excessive baisse sensiblement pour toutes les femmes, quel que soit leur revenu, leur lieu d'habitation et la valeur de k. Les utilisatrices du quintile inférieur et demeurant à proximité des centres sont celles qui voient leur risque de dépenses excessives baisser le plus (selon le k: 91,2%, 86,2%, 100%). Le gain est réel mais moins marqué pour les femmes demeurant à plus de 5 km des centres de santé du fait de la barrière géographique. La figure 3 montre la réduction des dépenses ainsi que le resserrement des distributions pour tous les groupes.

Figure 2 : distribution des dépenses médicales entre 2006 et 2010 selon les quintiles de revenus des ménages et la distance du centre de santé



## **Bibliographie**

- [1] Fabienne Richard et al., "Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources," *Studies in Health Services Organisation & Policy*, vol. 25, 2008.
- [2] BAYA Banza et al., "La mortalité au Burkina Faso," 2009, pp. 1-68.
- [3] Ministère de la Santé du Burkina Faso, "Plan d'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso ( Feuille de Route )," 2006, pp. 1-57.
- [4] BICABA Isabelle, "Evaluation de l'offre et de l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence dans le district sanitaire de Koupéla," *Mémoire*, vol. 1-68, 2008.
- [5] KOUANDA Séni, "Proposal Form 1," vol. 33, 2010, pp. 513-514.
- [6] Amnesty International, "DONNER LA VIE, RISQUER LA MORT LA MORTALITÉ MATERNELLE AU BURKINA FASO," *Notes*, vol. Publicatio.
- [7] C. Ouedraogo et al., "ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE DE MORBIDITE MATERNELLE SEVERE A OUAGADOUGOU ,BURKINA FASO," *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 48 (10), 2001, pp. 402-410.
- [8] J. Heilbron, "Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement Projet FSP 2001-149 - MAE-F," *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 74, 2006, pp. 1-67.
- [9] K. Elisabeth, "Maintenant ou jamais," *Vingti*, 1994, p. 167.
- [10] D.R. Gwatkin, "Inégalités de santé et santé des pauvres : que sait-on et que peut-on faire ?," *World Health*, 2000.