

**Ce rapport est présenté tel qu'il a été reçu par le CRDI du (des) bénéficiaire(s) de la subvention accordée pour le projet. Il n'a pas fait l'objet d'un examen par les pairs ni d'autres formes de révision.**

**Le présent document est utilisé avec la permission de V. Ridde, S. Kouanda, M. Yaogo.**

**© 2010, V. Ridde, S. Kouanda, M. Yaogo.**



## La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso

V. Ridde  
S. Kouanda  
M. Yaogo

**Depuis 2006/2007, les accouchements sont subventionnés au Burkina Faso afin de réduire les dépenses médicales pour les ménages et d'améliorer l'accès aux soins de santé maternelle. Cette note d'information<sup>1</sup> décrit le contenu de cette politique, analyse sa formulation et sa mise en œuvre et rend compte de ses effets.**

### 1. L'introduction

Faire en sorte que toutes les femmes puissent accoucher auprès d'un personnel qualifié dans des formations sanitaires de qualité est l'une des stratégies reconnues pour réduire la mortalité maternelle [1]. Cependant, les femmes et leur famille font face à de nombreux défis, notamment la distance, les coûts ou encore la qualité des soins [2].

La barrière financière étant l'une des plus importantes, le gouvernement du Burkina Faso a décidé de subventionner à la fois les accouchements normaux et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). L'objectif est de réduire les dépenses médicales pour les familles et améliorer l'accès aux soins. Cette note d'information rend compte de l'état des connaissances actuelles sur cette politique nationale de santé.

### 2. Le contenu

L'État a fait le choix de ne pas supprimer totalement le paiement des actes mais de le subventionner. 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 (par exemple 900 F CFA pour un accouchement normal dans une maternité rurale). Le prix de l'évacuation entre le centre de santé et l'hôpital pour les césariennes est entièrement subventionné, les femmes ne doivent rien payer. L'État prévoit de consacrer à cette politique sur le budget national 30 milliards de F CFA pour la période 2006-2015 dont un fonds d'indigence de 5 milliards pour exempter totalement du paiement les femmes indigentes, ce qui représenterait selon nos calculs 23% des accouchements attendus.

<sup>1</sup> Cette note est tirée du programme de recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest » qui porte sur les politiques nationales relatives à l'exemption de paiement des soins. Le programme est co-dirigé par JP. Olivier de Sardan (LASDEL, Niger) et V. Ridde (CRCHUM/Université de Montréal-Canada et IRSS-CNRST, Burkina Faso), et co-financé par l'AFD (France) et le CRDI (Canada). Il se déroule sur trois ans au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Merci à J-P. Olivier de Sardan et Ludovic Queuille pour leurs commentaires sur une version préliminaire.

### 3. La formulation

Cette politique est « un engagement du gouvernement auprès de ses PTF [partenaires techniques et financiers] surtout la Banque Mondiale (appui budgétaire) » [3]. Dès 2004, un comité s'est réuni et de nombreuses réunions ont été organisées. La formulation a bénéficié du soutien de la Banque Mondiale, de cliniciens nationaux et d'experts de plusieurs agences internationales. Les prix des césariennes ont été calculés sur la base de certaines expériences de partage des coûts et celui des accouchements selon la nomenclature nationale du coût des actes. Cette politique n'a pas prévu de mesures d'accompagnement spécifiques car elle s'inscrit en complément d'autres programmes nationaux en cours, tel que le Programme National de Développement Sanitaire.

Trois problèmes concernant la formulation ont été documentés [4]. D'abord, il a été postulé, selon une relation linéaire simple entre les taux de mortalité maternelle et la durée de mise en œuvre, que cette politique allait directement contribuer à la baisse de la mortalité. Ensuite, les prix des accouchements eutociques dans les centres de santé ont été surestimés. Enfin, aucune expérience pilote n'a été tentée, la politique a été immédiatement déployée à l'échelle nationale.

### 4. La mise en œuvre

L'adoption de la politique en mars 2006 a précédé la préparation des détails techniques de sa mise en œuvre. Par la suite, quatre documents phares ont été produits : i) présentation de la politique, ii) plan de mise en œuvre, iii) manuel d'exécution iv) manuel de procédures [5]. Si la subvention des actes a été inscrite au budget national, ce n'est pas le cas des plans de mise en œuvre et de communication.

Les moyens de communication de masse ont été associés tardivement. Les femmes écoutant les médias ont été mises au courant, mais plusieurs n'ont appris l'existence de la subvention qu'au moment de l'accouchement, notamment celles vivant en zone rurale [6, 7]. Ce n'est que fin 2008 que les affiches d'information sont apparues, en français seulement, dans les CSPS.



Malgré certaines réunions d'informations, il subsiste des difficultés d'interprétations du contenu de la politique ou tout simplement d'absence de connaissance de certains dispositifs (prise en charge des indigentes, durée de l'hospitalisation, ristournes aux agents, etc.). Dans un district urbain, les chauffeurs des ambulances réclamaient encore novembre 2008 une somme de 1.500 F CFA aux femmes [4].

Les districts ont reçu avant le début de la politique des avances monétaires correspondant aux nombres d'actes attendus. Par la suite, ils ont été remboursés selon les actes réalisés sur la base de forfaits. Il y a des différences entre les districts dans la promptitude et l'exactitude des remboursements. Estimant que le forfait de remboursement de l'accouchement normal était trop

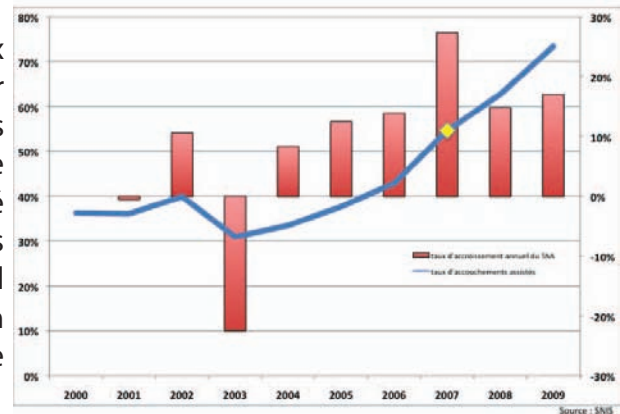


important au regard des coûts réels (4.500 F CFA au lieu de 2.500 F CFA), une équipe de district a décidé de ne plus rembourser les centres de santé au forfait mais au réel, ce qui semble par la suite avoir été généralisé dans le pays, non sans poser quelques difficultés de compréhension pour les acteurs de terrain et certainement de rehaussement de la part payée par les femmes à plus de 20% puisqu'elles doivent toujours payer les 900 F CFA.

Des supports de gestion spécifiques ont été mis en place dans les centres de santé, mais tardivement. Ils sont remplis de manière hétérogène par les agents de santé qui se plaignent de cette surcharge de travail. Le système d'informatisation de ces supports tarde à être opérationnel.

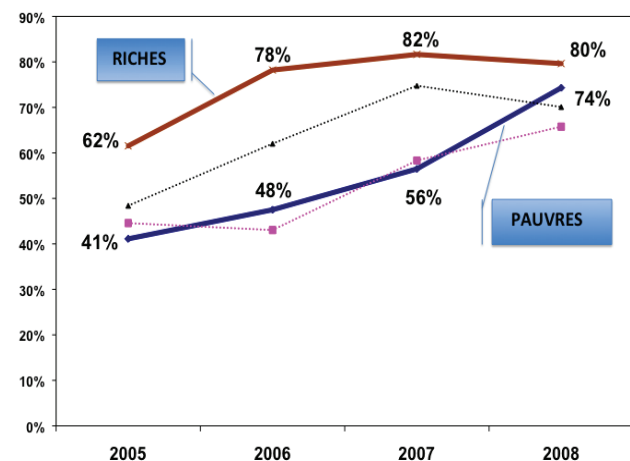
### 5. Les effets constatés

Les effets de la subvention sur les taux d'accouchements ne sont pas faciles à analyser à l'échelle nationale. Pour des raisons que nous n'avons pas explorées, la tendance à la hausse des taux d'accouchements assistés a commencé depuis 2004 (courbe bleue, axe gauche). Mais il semble que le taux d'accroissement annuel en 2007 (battons rouges, axe droit) indique un changement spécifique au cours de cette première année de mise en œuvre de la politique (Figure).



On remarque cependant une forte différence de changement des tendances selon les districts du pays. Il semble que dans les districts où les taux d'accouchements étaient très élevés, aucun changement n'ait été constaté. En revanche, dans les districts où le niveau d'utilisation était faible, nous avons noté des changements parfois importants. Par exemple, dans les districts de Dori, Sebba et Djibo situés dans la région sanitaire du Sahel, 18 mois après son démarrage, la subvention avait déjà eu un effet certain sur les taux d'accouchement, variant de 131 à 150% [8].

Réduction des inégalités pour les accouchements assistés dans le district de Nouna



Source : Ridde, V., De Allegri M, et al, 2010

Au-delà de ces effets globaux, la politique a participé à la réduction des inégalités d'utilisation entre les riches et les pauvres dans le district de Nouna entre 2005 et 2008 [9, 10] (Figure).

Dans le district de Ouargaye, une intervention communautaire entre 2003 et 2006 avait déjà permis d'atteindre une égalité d'utilisation entre les riches et les pauvres [11] ; cette égalité étant l'objectif à atteindre car pauvres et riches en milieu rural ont autant de naissances au cours des douze derniers mois [12] Quatre ans après, en 2010, cette égalité d'utilisation s'est maintenue (coefficient de concentration proche de 0) [13].

À Nouna et Ouargaye, les dépenses médicales pour un accouchement normal dans un centre de santé ont été réduites de 65% et 80% entre 2005 et 2010. A Ouargaye, les pauvres (- 63%) ont un peu plus profité que les riches (- 50%) de cette réduction. Cependant, les femmes déclarent payer nettement plus que le forfait de 900 F CFA normalement réclamé pour cet acte (1.400 F à Nouna, 1.800 F à Ouargaye, 1.300 F à Djibo) [9, 13, 14]. De plus, les dépenses non médicales (transport, cadeaux pour les accompagnantes, nourriture, dettes) sont restées au même niveau et représentent toujours plus de 70 % des dépenses totales engendrées par un accouchement normal. Les pauvres continuent de payer plus que les riches proportionnellement à leurs revenus (15% vs 2%) pour les dépenses totales d'accouchement. De surcroît, la distance constitue toujours un frein important à l'utilisation des centres de santé pour accoucher à Nouna, y compris dans un contexte de subvention du paiement [10].

Alors que les femmes les plus pauvres auraient du être exonérées du paiement des accouchements normaux, 10% des pauvres ont été exemptés en 2010 et 5% des riches dans les centres de santé de Ouargaye [13]. L'organisation d'une recherche-action depuis 2007 sur la prise en charge des indigents a certainement permis une prise de conscience locale à ce sujet [15] car dans le district de Nouna, aucune femme n'a été exemptée du paiement des accouchements en 2009 [9].

## 6. Conclusion

Les connaissances sur la politique de subvention des accouchements au Burkina Faso révèlent :

- une volonté politique clairement affichée et un financement sur budget national
- un démarrage un peu précipité et pas assez préparé, mais mieux que pour d'autres pays
- une estimation budgétaire surestimant les coûts des accouchements eutociques
- une différence d'informations des bénéficiaires et d'interprétations selon les acteurs
- une différence entre ce que les femmes devraient payer et ce qu'elles payent effectivement
- des effets hétérogènes sur les taux d'accouchements selon les districts
- un maintien de l'égalité ou une réduction des inégalités d'utilisation entre les riches et les pauvres
- une réduction importante des dépenses médicales d'accouchements
- des dépenses totales d'accouchements qui constituent encore un fardeau important
- des difficultés de mise en œuvre du fonds d'indigence

## 7. Références

1. De Brouwere, V. et W. Van Lerberghe, eds. Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique. (SHSOP 18). 2001, ITG Press: Antwerpen. 481.
2. Richard, F., S. Witter, et V. de Brouwere, eds. Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. (SHSOP 25). Studies in Health Services Organisation & Policy. 2008, ITG Press: Antwerp. 344.
3. Ministère de la santé, Brochure des projets et programmes de santé des interventions à gain rapide du ministère de la santé. 2007, Ministère de la santé: Ouagadougou.
4. Ridde, V. et A. Bicaba, Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence 2009, Université de Montréal. SERSAP. IMT d'Anvers. UNICEF. p. 47.
5. Ministère de la Santé, Plan de mise en oeuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. 2006, Ministère de la Santé: Ouagadougou. p. 45.
6. Ridde, V., F. Richard, A. Bicaba, L. Queuille et G. Conombo, The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. Health Policy and Planning, submitted.
7. Sombié, I., M. Yaogo, et al., Evaluation de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina. Rapport préliminaire. 2007, Ministère de la Santé, GREFsAD: Ouagadougou. p. 60.
8. Ridde, V. et L. Queuille, L'exemption du paiement : un pas vers l'accès universel aux soins de santé. expériences pilotes au Burkina Faso. 2010, UdeM/CRCHUM/HELP: Ouagadougou. p. 44.
9. Ridde, V., M. De Allegri, V. Louis, M. Yé, J. Tiendrebeogo, O. Müller, et A. Jahn, Quels sont les effets de la stratégie de subvention des accouchements dans le district de Nouna ? , 15èmes JSBB du 5 au 7 mai Burkina Faso. 2010
10. De Allegri, M., V. Ridde, V. Louis, M. Sarkera, J. Tiendrebeogo, M. Yé, O. Müller, and A. Jahn, Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees A case study from rural Burkina Faso. Health Policy, 2010. In Press.
11. Brazier, E., C. Andrzejewski, and al., Improving poor women's access to maternity care: Findings from a primary care intervention in Burkina Faso. Social Science and Medicine, 2009. 69(5): p. 682-90.
12. INSD, Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être. Enquête Annuelle sur les Conditions de Vie des Ménages (EA/QUIBB2007) 2007, Ministère de l'économie et du développement. INDS: Ouagadougou.
13. Ridde, V., S. Kouanda, N. Bado, N. Meda, A. Bado, et Y. Kafando, La subvention des accouchements et la réduction des dépenses de santé. Nécessaire mais pas suffisante. 2010, IRSS-CNRST Burkina Faso - CRCHUM/UdeM Canada: Ouagadougou.
14. Ben Ameur, A., M. Yameogo, A. Bado, M.G. Ingabire, et V. Ridde, Perception de la qualité des soins et dépenses liées à l'accouchement par les parturientes à la suite de l'abolition du paiement des soins dans les districts sanitaires de Dori, Sebba et Djibo - Burkina Faso. 2010, CRCHUM/CRDI/HELP/IRSS: Ouagadougou.
15. Ridde, V., S. Haddad, B. Nikiema, M. Ouedraogo, Y. Kafando, and A. Bicaba, Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. BMC Public Health, 2010. 10:631 (21 October 2010).

