**Couverture universelle en santé au Burkina Faso : données de base pour le suivi des progrès**

1. **Introduction**

L’Assemblée Générale des Nations Unies a adopté au mois de septembre 2015, la Déclaration qui porte sur le Programme de Développement Durable à l’horizon 2030. Ce programme fait de la Couverture Sanitaire Universelle (CUS) l’une des 13 cibles de l’Objectif de Développement Durable (ODD) relatif à la santé qui consiste à « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». La Déclaration des Nations Unies relative aux ODD ajoute que « pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l’espérance de vie, nous devons assurer la couverture universelle en santé et l’accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte ». Dans le même ordre d’idée, faisant référence au rapport publié par l’OMS intitulé « *Health in 2015, from Millenium Developement Goals to Sustanable Developmement Goals »,*  la Directrice Générale de l’OMS affirme dans son message de fin d’année que « la couverture universelle en Santé ressort comme la cible qui sous-tend toutes les autres ». La CUS est ainsi devenu le point central de l’agenda de développement durable dans le secteur de la santé.

Dans le but d’aider les pays et la communauté internationale à suivre les changements qui vont être réalisés dans ce domaine, l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Banque Mondiale (BM) ont proposé un cadre de suivi des progrès nationaux et mondiaux (2). Ce cadre se fixe comme objectifs d’informer et de guider les discussions en matière de CUS ainsi que l’évaluation de la disponibilité globale et équitable des services de santé essentiels, d’une part, et de la couverture du risque financier lié à la santé, d’autre part.

Comme tous les autres pays, le Burkina Faso, un pays de l’Afrique de l’Ouest qui compte 17 000 000 habitants pour une superficie de 250 000 Km² est engagé dans la réalisation des ODD. Ces derniers ayant pris cours officiellement en janvier 2016, il devient donc important pour le pays d’établir ***les beselines de la CUS*** pour un meilleur suivi des progrès.

1. **Matériels et méthodes**

La méthode utilisée pour établir les beselines de la CSU au Burkina Faso a consisté essentiellement en revue documentaire et des entretiens semi structurés avec un certains nombres d’informateurs-clés. La revue documentaire a porté sur des rapports, articles, livres…publiés et non publiés. Les sites internet officiels du Gouvernement Burkinabè, des institutions ministérielles, internationales et privées (INSD, OMS, UNICEF…) et le site « Observatoire Africain de Santé » qui est spécialisé dans le financement Africain de la santé ont permis de collecter les documents accessibles en ligne. En plus, des documents non publiés, principalement les rapports de suivi et les documents de politique ou de stratégie ont été obtenus directement auprès des personnes ressources.

Les critères suivants ont servi de repères pour le choix des documents :

* L’année de publication ou de rédaction du document. Les documents les plus récents ont été privilégiés au détriment des documents ayant des données plus anciennes. Toute fois pour des raisons de comparaison (évolution des indicateurs dans le temps) un recul de plusieurs années était souvent nécessaire. Ce fut le cas par exemple de l’évolution du niveau de contribution des ménages dans le financement de la santé entre 2005 et 2013. Il en était de même pour la plupart des indicateurs issus des rapports d'annuaires statistiques des cinq dernières années ;
* La fiabilité des données contenues dans le document. Les rapports et les articles d’études faites sous forme d’enquête transversale ont bénéficié d’une lecture critique à l’aide de la fiche de Salmi Rachid (2, 3,4,12). Les principaux critères d’appréciation étaient le schéma de l’enquête (formulation claire de l’objectif, description de la maladie ou du sujet principal de l’étude, échantillonnage exhaustif ou représentatif), la procédure de sélection des sujets (critères d’inclusion et d’exclusion, respect de l’éthique), la conduite de l’étude et l’analyse des données. Les techniques de mesure standardisées avec une forte précision sont plus fiables ;
* Le niveau de stratification des données. Pour des besoins d’analyse comparative entre plusieurs groupes sur un indicateur, la stratification en fonction de paramètres comme le milieu de résidence (urbain, rural), la région, le sexe, le percentile de richesse, etc. était réalisée tout au long de l’étude.

Les principales variables utilisées sont : la couverture des services de santé (traitement et préventif), la part des dépenses directes dans les dépenses courantes de santé, le taux des dépenses catastrophiques des ménages, le taux d’appauvrissement et l’index de la CUS. Les indicateurs en rapport avec la couverture des services de santé et la couverture du risque maladie ont été choisis en tenant compte des orientations du document intitulé « La couverture sanitaire universelle : suivi des progrès à l’échelon national et mondial » de l’OMS et du groupe de la BM (1). Pour déterminer la valeur numérique de certains indicateurs, des calculs complémentaires ont été réalisés à l'aide d'un tableur Excel sur la base d'une combinaison des données brutes disponibles dans les rapports officiels. Les figures ont été également construites dans ce tableur.

L’index de la CUS a été calculé selon la méthode de A. Wagstaff et sa représentation a été faite sur la courbe de Cobb et Douglas.

1. **Résultats de l’étude**
   1. **Couvertures des services de santé**

Pour l’accès aux soins, les 12[[1]](#footnote-1) indicateurs proposés par l’OMS ont été utilisés (1). Il s’agit des indicateurs repris dans le tableau suivant :

Pour les soins préventifs :

1. Les besoins non satisfaits en planification familiale
2. Le taux de couverture des CPN4
3. Le taux de couverture des enfants vaccinés contre la rougeole
4. Le taux d’accès à l’eau potable
5. Le taux d’accès à un assainissement satisfaisant
6. La proportion des non-fumeurs

Pour les soins de traitement :

1. Le taux d’accouchement
2. Proportion des PvVIH sous ARV
3. Te taux de détection de la TB
4. Taux de guérison de la TB
5. Proportion des hypertendus sous traitement anti-HTA
6. Portion des diabétiques sous traitement contre le diabète

Une moyenne globale a été calculée pour chaque groupe d’indicateurs. La moyenne globale a été pondérée pour les soins préventifs en attribuant un poids de 50% pour les deux indicateurs d’accès à l’eau et à l’assainissement et un poids de 50% pour les 4 autres indicateurs. Au niveau des soins de traitement, la moyenne n’a pas été pondérée car tous les indicateurs relèvent du même secteur d’activités à savoir le système de santé.

Pour les indicateurs des soins et des services de prévention, la moyenne globale est de **58,3%** avec une disparité entre le milieu urbain **(79,0%)** et le milieu rural **(52,7%)**. Au niveau des services de traitement, la moyenne globale est plus faible, **50%** avec également un écart important entre le milieu urbain **(59,7%)** et le milieu rural **(35,3%)**[[2]](#footnote-2). La figure suivante montre que six indicateurs affichent un niveau inférieur à la moyenne globale. Il s’agit des besoins satisfaits en PF **(16,2%)**, de la couverture en CPN4 **(33,7%)**, de l’assainissement adéquat **(49,5%)**, du traitement contre l’HTA **(30,3%),** contre le VIH **(42,0%)** et de la détection des cas de tuberculose **(31%)**.

* 1. **Dépenses directes de santé**

L’OMS estime que lorsque les paiements directs se situent en dessous de 15 à 20% des dépenses totales de santé, l’incidence de ces dépenses directes de santé sur la catastrophe financière est négligeable (7,8). Au Burkina Faso, le paiement direct des soins par les ménages constituent la 1ère source de financement de la santé. Il représentait 36,8% de l’ensemble des dépenses courantes de santé en 2013. Cette forte part du paiement direct des soins par les ménages est défavorable pour la protection contre le risque financier.

**Les dépenses catastrophiques de santé et taux d’appauvrissement**

Le paiement direct des soins de santé peut plonger des ménages dans la catastrophe financière ou même appauvrir certains d’entre eux. On parle de dépenses catastrophiques lorsqu’un ménage consacre plus de 25 % de ses dépenses non alimentaires aux soins (1). Les ménages exposés à la catastrophe financière peuvent alors basculer dans l’appauvrissement si après les soins, ils se situent en dessous du seuil de pauvreté. D’autres ménages par contre qui sont déjà sous le seuil de pauvreté et qui effectuent des dépenses de santé s’appauvrissent d’avantage (5,6).

Sur la base de ces concepts, 1,43% des ménages ont effectué des dépenses catastrophiques en 2009 (tableau 2). Le taux d’appauvrissement se situait à 1,72% pendant la même année (9) soit près de 45 000 ménages. En fonction du milieu de résidence, du ménage et du quintile de bien-être économique, le taux d’appauvrissement lié au paiement direct des soins varie considérablement. Il atteint 7,67% chez le pauvre (quintile 2) contre seulement 0,04% chez le plus riche (quintile 5).

* 1. **Index de la couverture universelle en santé**

En référence à la méthode de A. Wagstaff et coll. le calcul de l'index de la CSU au Burkina Faso a été réalisé en tenant compte des niveaux de protection financière (PF) et de couverture en services de santé (CSS) (10,11). La formule de calcul utilisée est la suivante : Index CSU = Index PF0,5 x Index CSS0,5

L’index de la protection financière donne le niveau de protection de la population contre le risque financier suite à des dépenses de santé. Il est obtenu à partir du taux d'appauvrissement (1,72%) et du % des ménages ayant effectué des dépenses de santé catastrophiques (1,43%) en tenant compte des niveaux minimums et maximums. On obtient **: Index PF = 9,5%** L’index de couverture en services de santé résulte de la combinaison des niveaux de couverture de services de prévention et de traitement. Les douze indicateurs proposés par l'OMS ont été retenus pour le calcul de l'index CSS. On obtient : **Index CSS = 20,2%**. L'index de CSU est donc égal à **13,9**. En se référant à la fonction de Cobb et Douglas.

1. **Conclusion**

Les données de base de la couverture sanitaire au Burkina Faso sont maintenant connues. La couverture des services curatifs est de 58% et celle des services curatifs est de 58%. Le taux des dépenses catastrophes et celui d’appauvrissement sont respectivement de 1,78% et 1,43%. Placé sur la courbe de Coll. et Douglas, l’index de la couverture sanitaire au Burkina Faso qui est de 13% montre bien l’étendu des efforts que le pays doit faire pour évoluer vers les objectifs dans ce domaine (80%). Le Burkina Faso peut donc suivre les progrès qui seront réalisés au départ des données ci-dessous, mais aussi comparer les progrès qu’il va réaliser par rapport aux autres pays de la sous-région et éventuellement apprendre de l’expérience de ces derniers.

1. **Bibliographie**
2. Organisation mondiale de la santé (OMS), Groupe de la banque mondiale. La couverture universelle en santé : suivi des progrès à l’échelon national et mondial. Cadre, mesures et objectifs. [Internet]. 2014 mai p. 14. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112823/1/WHO\_HIS\_HIA\_14.1\_fre.pdf
3. Salmi LR. Lecture critique et rédaction médicale scientifique. Comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique ? Paris : Elsevier, 1998.
4. Ministère de la santé, Burkina Faso. Enquete nationale sur les prestations des services de santé et la qualite des donnees sanitaires (EN-PSQD). Juin 2013. p. 168.
5. Ministère de la santé, Burkina Faso. Enquete nationale sur les prestations des services de santé et la qualite des donnees sanitaires (EN-PSQD/SARA II). Edition 2014. p. 197.
6. Xu K et al. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. Geneva, World Health Organization, 2010 (World Health Report [2010] Background Paper, No 19).
7. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting Households From Catastrophic Health Spending. Health Aff (Millwood). 1 juill 2007;26(4):972‑83.
8. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde Le financement de systèmes de la santé ; le chemin vers la couverture universelle. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=648160
9. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2013. 159 p.
10. Doamba JEO, Ouedraogo A, Priyanka S. Dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l’appauvrissement des ménages et l’utilisation des services de santé : Cas du Burkina Faso. AFRICAN HEALTH MONITOR JULY 2013. ISSUE 17 • SPECIAL ISSUE • HEALTH FINANCING IN THE AFRICAN REGION. :5.
11. Wagstaff A, Cotlear D, Hoang-Vu Eozenoub, P, Buisman LR. Measuring Progress Towards Universal Health Coverage: With An Application to 24 Developing Countries [Internet]. World bank group. Development Research Group Human Development and Public Services Team & Health Nutrition and Population Global Practice Group; 2015 [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2015/12/10/090224b083c45bec/3\_0/Rendered/PDF/Measuring0prog0veloping0countries00.pdf
12. Wagstaff A. The Big Push toward Universal Health Coverage : metrics, data, and impact [Internet]. Powerpoint (PREZI) présenté à; 2015 nov 4 [cité 10 janv 2016]. Disponible sur: http://www.worldbank.org/en/news/video/2015/11/04/the-big-push-toward-universal-health-coverage
13. Ministère de la santé. Enquête sur la qualité des données de routine du SNIS. Janvier 2015.

1. Il s’agit des indicateurs du document de cadre et suivi des progrès à l’échelle nationale et mondiale de la CSU [↑](#footnote-ref-1)
2. La moyenne globale des services de traitement ventilée par milieu concerne le traitement HTA, le traitement contre le diabète et l’accouchement qualifié. Les trois autres indicateurs ne sont pas disponibles en fonction du milieu [↑](#footnote-ref-2)