

Dynamique des dépenses de santé catastrophiques et d'appauvrissement des ménages au Burkina : une analyse des déterminants.

GUENE Hervé Jean-Louis, OUEDRAOGO Boureima, DOAMBA Odilon, NASSA Simon, ZAMPALIGRE Fatimata, COULIBALY Seydou O.

ABSTRACT

Background:

Le gouvernement burkinabè s'est engagé dans le processus vers la couverture maladie universelle avec l'adoption de la Loi N° 060-2015/CNT portant Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Burkina Faso en 2015, et selon le chronogramme défini, l'année 2018 devrait consacrer l'opérationnalisation de ce programme important à tout point de vue pour les bénéficiaires et les acteurs du système sanitaire. La mise en place d'une assurance maladie étant très complexe, cela nécessite une maîtrise de tous les enjeux avant sa mise en œuvre. Il faut noter que les ménages, principaux bénéficiaires ne seront pas forcément affectés au même degré : alors que certains bénéficient déjà d'une couverture, d'autres effectuent des dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement.

L'objectif de cette étude est de mesurer l'ampleur des dépenses catastrophiques de santé et d'appauvrissement au sein de la population, et d'identifier les facteurs expliquant la survenue de ces dépenses sur l'horizon 2009-2014.

Methods

L'étude utilise les données des deux enquêtes les plus récentes sur les conditions de vie des ménages (2009 et 2014). Les statistiques descriptives calculées sur les variables d'intérêt telles que les régions, le milieu de résidence et le quintile de richesse des ménages ont permis de faire une typologie des ménages. L'analyse des déterminants des dépenses catastrophiques de santé a été effectuée à travers une régression logistique sur les données avec pour variable endogène la probabilité pour le ménage d'effectuer une dépense catastrophique ou d'appauvrissement et comme variables exogènes, le genre du chef de ménage, la taille du ménage, la structure par âge du ménage, etc.

Results

La proportion de ménages qui effectuent des dépenses catastrophiques est passée de 1,3% en 2009 à 0,8% en 2014, et celle des ménages ayant effectué des dépenses d'appauvrissement a baissé de 1,9% à 1,3% sur la même période. Le fait pour un ménage de résider en milieu rural, ou d'avoir hospitalisé un membre, ou encore d'avoir en son sein des individus de plus de 60 ans ou des personnes âgées de moins de 5 ans, sont les principaux facteurs explicatifs de la survenue des dépenses catastrophiques.

Conclusion

L'étude a fourni une catégorisation des ménages selon le poids de la santé dans leurs dépenses. Elle nous enseigne que 1,3% des ménages, soit 206 217 individus, se sont appauvris du fait des paiements directs. L'étude conclue que les interventions du régime d'assurance maladie doivent accorder plus d'importance aux hospitalisations, aux personnes âgées (60 ans ou plus), et aux enfants (moins de 5 ans) qui du reste représentent 26% de la population totale.

Keywords

Financement de la santé, paiements directs, Dépenses catastrophiques, Appauvrissement, odd-ratio

THE MAIN PAPER

Background :

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso est un pays qui s'étend sur une superficie d'environ 274 200 km². En 2014, la population était estimée à 17 880 386 d'habitants avec un PIB annuel par habitant estimé à 720 \$ US /an. Plus de trois quarts (77,3%) de la population réside en milieu rural. En 2014, 40,1% de la population vivaient en dessous du seuil national de pauvreté (153 530 FCFA).

La situation sanitaire du Burkina Faso est caractérisée par des taux de mortalité générale et spécifique élevés. Le taux brut de mortalité est de 11,8 pour 1000 en 2006 (RGPH 2006). Selon l'EMC de 2014, le taux de mortalité maternelle est de 330 pour 100 000 naissances vivantes et celui de la mortalité infanto-juvénile de 81,6 pour 1000 naissances vivantes.

Le profil épidémiologique est marqué par la persistance des maladies transmissibles et l'émergence des maladies non transmissibles (MNT).

Au titre des maladies transmissibles, l'une des principales préoccupations reste le paludisme qui constitue le premier motif de consultation (47,5%), d'hospitalisation (51,9%) et de décès (28,8%) en 2014. Le taux de prévalence du VIH en 2014 est de 0,9 % avec un nombre de décès estimé à 3 800 (ONUSIDA Spectrum 2015). La tuberculose constitue la cinquième cause de décès entre 2010 et 2015 avec une prévalence estimée à 80 cas pour 100 000 habitants en 2013 (Rapport statistique mondial OMS 2015).

Concernant les MNT, elles constituent une préoccupation majeure, avec 97,3 % de la population exposée aux facteurs communs de risque. Les prévalences de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'obésité étaient respectivement de 17,6 %, 4,9 % et 2,1 % (enquête nationale 2013 sur les facteurs communs de risque des MNT). La situation des cancers reste assez méconnue en l'absence de registres des cancers. Avant 2013, le pays ne disposait pas de données d'enquête sur les MNT.

Le nombre total de structures de santé est passé de 2046 en 2010 à 2287 en 2014¹. En 2014, seulement 56,7% de la population vivaient à moins de 5 km d'une structure de santé et le nombre de contact par habitant et par an est passé de 0,56 en 2009 à 0,85 en 2014. La densité des ressources humaines en santé (médecins+ Infirmiers+ Sages-femmes) est de 0,877/1000 pour une norme OMS d'au moins 4 pour 1000. La proportion des CSPS remplissant les normes minimales en personnel de santé a augmenté de 83,2% en 2009 à 95% en 2014. Le score moyen de disponibilité des médicaments essentiels enregistre une dégradation continue, passant de 48% en 2012 à 38% en 2014 et à 33% en 2016 (SARA 2012, 2014 et 2016).

Sur le plan financier, Le système de la santé reste caractérisé entre autres par une insuffisance des ressources financières, une fragmentation des financements et un RAMU non encore opérationnel. En effet, le coût de la santé est estimé à 225,17 milliards de francs CFA (CDMT 2014 de la santé) pour un budget alloué de 185,75 milliards de francs CFA (loi de finances 2014), soit un besoin de financement de 39,42 milliards de francs CFA. La structure de la dépense globale de santé révèle qu'en dépit des efforts consentis par l'Etat et ses partenaires pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé, cette dépense est encore largement assurée par les paiements directs des ménages (32,2% selon le rapport des comptes de la santé en 2014) pour une norme de moins de 20%.

Dans ce contexte, pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé et offrir des soins de qualité en particulier pour les populations les plus défavorisées, le gouvernement, au cours de ces dix dernières années, a mis en œuvre plusieurs initiatives. Parmi celles-ci, on peut citer la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) à partir de 2006, l'adoption de la loi

¹ Annuaire statistique MS

instituant le régime d'assurance maladie universelle en 2015, la validation d'une stratégie nationale de financement de la santé (2017-2030), la gratuité des soins des enfants de 0-5 ans, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer depuis 2016. A cela il faut ajouter l'augmentation du nombre annuel de personnel de santé recruté, la mise en place d'un projet de formation de médecins spécialistes, la création de nouvelles formations sanitaires sur toute l'étendue du territoire à tous les échelons du système de santé.

Methods :

Les données utilisées proviennent des enquêtes récentes sur les conditions de vie des ménages (EMC 2014 et EICVM 2009) réalisées par l'INSD. Ces données sont significatives à la fois au niveau national, selon la région administrative et le milieu de résidence.

Ces enquêtes sur les conditions de vie des ménages sont réalisées selon un plan de sondage stratifié à deux degrés, et les données sont collectées sur quatre passages correspondants chacun à un trimestre de l'année.

Au total 10 800 ménages ont été sélectionnés en 2014 et 14 520 en 2009 sur toute l'étendue du territoire national.

La méthode de calcul de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages et l'impact sur leur appauvrissement est celle développée par l'OMS².

Elle consiste d'abord à estimer pour chaque ménage, ses agrégats de consommation sur une base mensuelle, c'est-à-dire les dépenses totales de consommation du ménage, la consommation alimentaire et les paiements directs de santé du ménage. Les dépenses directes de santé sont essentiellement constituées des frais de consultation, d'examen, de médicaments et d'hospitalisation payés par le ménage pour la santé de ses membres. Ces dépenses sont nettes des remboursements d'assurance et de dépenses connexes à la santé (dépenses liées au transport, au logement et à la nutrition spéciale, etc.) car les paiements sont directs pour trois raisons : d'abord parce qu'ils concernent des produits / prestations de santé, ensuite parce qu'ils sont payés par le bénéficiaire lui-même (ménage / individu) et enfin parce qu'aucune part n'est nullement retournée au payeur par un système d'assurance ou de mutuelle. Les dépenses de consommation du ménage quant à elles, comprennent les achats, l'autoconsommation et les biens et services reçus en cadeau. Elles sont classifiées en 12 fonctions que sont : (1) l'alimentation et boissons non alcoolisées; (2) les boissons alcoolisées, tabac et stupéfiants; (3) les articles d'habillement et chaussures; (4) le logement, eau, électricité, gaz et autres combustibles ; (5) les meubles, articles de ménages et entretien courant du foyer ; (6) la santé ; (7) les transports ; (8) la communication ; (9) les loisirs et cultures ; (10) l'éducation ; (11) les dépenses de restaurants et hôtels ; et enfin (12) les biens et services divers (ciseaux, peignes, brosses à dents, frais de coiffure, etc.).

La dépense totale du ménage est la somme totale de tous les montants (achats, autoconsommation et cadeaux reçus) des 12 fonctions de consommation, alors que la consommation alimentaire du ménage est la somme totale que le ménage a dépensé pour la première fonction de consommation.

Tous ces agrégats sont donc estimés sur une base mensuelle et rapportés à la taille ajustée du ménage. Cette taille ajustée du ménage, ou encore taille en équivalent adulte est obtenue en élevant à l'exposant 0,56 la taille du ménage.

Ensuite, il s'agit de calculer la capacité à payer du ménage, sa dépense de non subsistance et de définir un seuil à partir duquel un ménage sera considéré comme faisant face à des dépenses catastrophiques. Le seuil est

² Ke Xu, et al. (2005): Distribution of health payments and catastrophic expenditures-Methodology. Discussion paper No. 2. HSF, World Health Organization

obtenu en utilisant la consommation alimentaire du ménage médian comme seuil de pauvreté. Cela consiste à considérer comme seuil, la dépense alimentaire moyenne des ménages situés entre le 45^{ème} et le 55^{ème} quantile. La dépense de subsistance du ménage est égale au produit de cette consommation alimentaire du ménage médian et de la taille en équivalent adulte du ménage. A cette étape, un ménage est pauvre quand ses dépenses totales sont inférieures à ses dépenses de subsistance.

La capacité à payer d'un ménage correspond à la dépense totale du ménage nette de ses dépenses de subsistance.

Selon l'OMS, un ménage fait face à des dépenses catastrophiques si ses paiements directs de santé sont supérieurs ou égales à 40% de sa capacité à payer. De même, un ménage fait face à des dépenses catastrophiques selon la méthode ODD au seuil de 10% (respectivement 25%) si sa dépense de santé est supérieure ou égale à 10% (respectivement 25%) de ses dépenses totales.

A côté de la situation de catastrophe, se trouve celle d'appauvrissement du ménage. L'on considère qu'un ménage fait face à des dépenses d'appauvrissement s'il devient pauvre à cause de ses dépenses de santé. C'est-à-dire, si la dépense par tête du ménage, nette des dépenses de santé (ou des paiements directs) est inférieure au seuil de pauvreté. A ce niveau trois seuils différents ont été considérés : le premier consiste à considérer le seuil inhérent à la méthodologie de Ke Xu et al, c'est-à-dire la consommation alimentaire mensuelle par tête du ménage médian (soit 14 350 francs CFA en 2009 et 18 861 francs CFA en 2014). Le deuxième seuil est le seuil national annuel de pauvreté au Burkina (153 530 francs CFA en 2014 et 130 735 francs CFA en 2009), et enfin le troisième seuil de pauvreté consiste à utiliser l'équivalent de 1,9\$ par jour comme ligne de pauvreté (soit environ 346 750 francs CFA par tête et par an).

En outre, l'analyse descriptive et la modélisation logit ont été mises à profit pour l'analyse des résultats. Deux modèles logit ont été mis en œuvre, l'un portant sur les dépenses catastrophiques et l'autre indexant les dépenses d'appauvrissement. Le premier modèle utilise comme variable endogène une variable binaire qui prend la valeur 1 si le ménage effectue des dépenses catastrophiques de santé, et 0 dans le cas contraire. Le deuxième modèle utilisé avait pour variable endogène, le fait pour le ménage d'avoir effectué des dépenses d'appauvrissement ou non. Cette variable a donc pour valeur 1 lorsque le ménage fait face à des dépenses d'appauvrissement et 0 sinon.

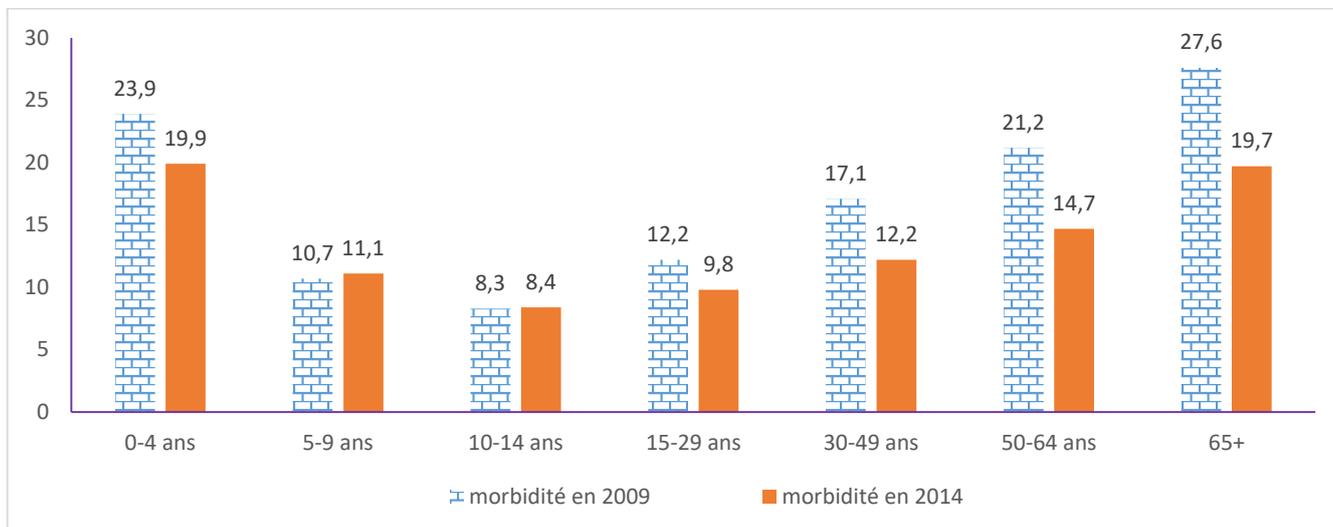
Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'occurrence de dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement au sein d'un ménage. Parmi ces facteurs, nous avons conjecturé comme déterminants, les variables sociodémographiques telles que la taille du ménage, sa région de résidence, son milieu (urbain ou rural) de résidence, le fait que chef de ménage soit de sexe masculin ou féminin; et des variables socioéconomiques telles que le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus dans le ménage, le nombre personnes âgées de moins de 5 ans, l'accès physique du ménage à la santé et le fait pour le ménage d'avoir effectué une dépense d'hospitalisation ou non.

A priori, l'on pense que résider dans un ménage dirigé par une femme, est un facteur positif parce que les chiffres sur la pauvreté nous enseignent que les ménages dirigés par des femmes ont moins de chance d'être pauvres que ceux dirigés par des hommes. En effet, selon le profil de pauvreté 2014, l'incidence de la pauvreté est de 30,4% pour les ménages dirigés par les femmes contre 41,0% dans les ménages dirigés par les hommes. Les ménages dirigés par des femmes, semblent donc moins exposés aux dépenses catastrophiques et d'appauvrissement comparativement à ceux dirigés par des hommes. On s'attend donc à ce que le modèle économétrique vienne confirmer cette hypothèse de base.

Contrairement au genre du chef de ménage, l'on pense que la taille du ménage est un facteur de survenue du risque. L'on part de l'idée selon laquelle, au sein d'un ménage, les individus sont exposés à des risques d'épisodes morbides. Etant donné que ces derniers résident pour la plupart en milieu rural, alors, plus il y a de personnes dans un ménage, plus le cumul de risques individuels représente une masse importante, et plus le ménage est exposé à des dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement.

De même, les personnes âgées de 60 ans au moins, et celles âgées de moins de 5 ans sont des franges très vulnérables d'un point de vue sanitaire. En effet, ces deux franges de la population présentent les morbidités les plus élevées comme nous le montre graphique ci-dessous :

Graphique 1 : Taux de morbidité selon l'âge en 2009 et 2014 (en %)



Source : enquêtes sur les conditions de vie des ménages (EICVM 2009 et EMC 2014) de l'INSD

Dès lors, plus un ménage présente une structure par âge comportant des enfants de moins de cinq ans ou des personnes de 60 ans ou plus, plus ce dernier est enclin à connaître plus d'épisodes morbides par rapport aux ménages qui comptent rarement de personnes de moins de 5 ans ou de 60 ans ou plus. L'on conjecture donc que les odd ratio de ces deux facteurs feront ressortir des facteurs aggravants.

La quatrième variable qui a été prospectée dans la construction du modèle est l'hospitalisation, en ce sens qu'elle indexe le paiement direct. En effet, lorsqu'une personne est hospitalisée, il y a de fortes chances qu'une chaîne de coûts émerge autour du patient, car cette hospitalisation engendrera certainement des frais d'examen, des achats de médicaments et consommables médicaux (gants, seringues, coton, ...). Cette configuration est de nature à augmenter le coût de la prise en charge, et donc des paiements directs, ce qui expose le ménage à des dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement.

D'autre part, le milieu de résidence est fortement lié au degré d'exposition du ménage aux conditions de pauvreté et de précarité, car en 2014, 92% des personnes pauvres résident en milieu rural. Dès lors, les ménages ruraux ont des perspectives très réduites de faire face à des urgences ou encore à des charges imprévues, ce qui les expose fortement au risque de vivre des dépenses catastrophiques ou d'appauvrissement, comparativement aux ménages résidant en milieu urbain. En effet, plus un ménage est démuné, plus sa capacité de réaction vis-à-vis d'une catastrophe est minime.

L'accès physique au service de santé est conçu ainsi qu'il suit : l'on considère qu'un ménage a physiquement accès à la santé, s'il est situé à moins de trente minutes de la formation sanitaire la plus proche. Alors que, le fait qu'un ménage n'ait pas accès physiquement à un service de santé est une variable explicative importante en termes de paiements directs.

Deux régions captivent particulièrement l'attention en termes de paiement directs de santé : ce sont le centre et les hauts bassins. En effet, comme l'explique le tableau ci-dessous, le montant agrégé des paiements directs est estimé à 58,6 milliards de francs CFA en 2014, et ces deux régions captent ensemble 1/3 de cette dépense. Cela nous emmène à penser que le poids économique de la région de résidence d'un ménage a une forte implication en termes de disponibilité de l'offre sanitaire, mais aussi en termes d'opportunités et de ressources financières disponibles au sein du ménage pour faire face à ses paiements directs de santé. Etant donné que le

Burkina compte 13 régions sanitaires, et que la région du centre à elle seule explique 20,2% des paiements directs, et représente 13,4% de la population totale, dans le modèle, l'on calcule, comparativement à la région du centre, le risque moyen pour un habitant d'une autre région de faire face à des dépenses catastrophiques (respectivement d'appauvrissement).

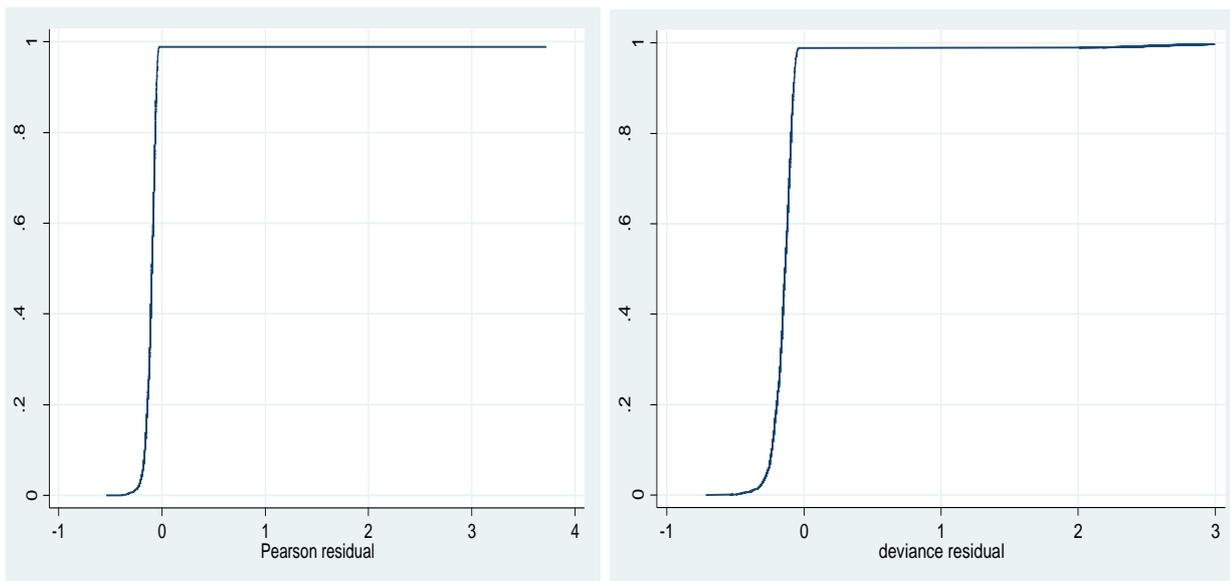
Tableau 1 : Montant agrégé des paiements directs et équité par région

Région sanitaire	Paiements directs annuels agrégés en 2014 (f CFA)	% paiements directs en 2014	Population en 2014	% population en 2014	Ratio paiement direct / habitant
Centre	11 817 141 837	20,2	2 429 718	13,4	4 864
Hauts Bassins	7 287 661 858	12,4	1 898 361	10,8	3 839
Boucle du Mouhoun	6 393 795 219	10,9	1 771 896	9,9	3 608
Nord	5 992 773 103	10,2	1 461 430	8,1	4 101
Centre Nord	4 459 082 802	7,6	1 502 994	8,5	2 967
Est	4 180 336 052	7,1	1 564 144	8,9	2 673
Centre Est	3 604 002 003	6,1	1 427 320	7,8	2 525
Centre Ouest	3 047 375 747	5,2	1 468 966	8,2	2 075
Plateau central	2 758 025 316	4,7	852 536	4,8	3 235
Cascade	2 478 438 916	4,2	713 059	3,9	3 476
Centre sud	2 307 044 971	3,9	783 430	4,5	2 945
Sahel	2 167 503 110	3,7	1 233 559	7,0	1 757
Sud-Ouest	2 143 551 593	3,7	772 973	4,2	2 773
Total	58 636 732 528	100	17 880 386	100	3 141

La dernière variable explicative introduite dans le modèle est le quintile de richesse du ménage. L'on part du fait que, pour pouvoir effectuer une dépense catastrophique, il faut d'abord avoir une capacité à payer monétairement pour les soins reçus. Et la capacité à payer d'un ménage dépend du niveau de revenu de ce dernier, et par conséquent du quintile de richesse auquel il appartient. C'est la principale raison pour laquelle la variable quintile de richesse a été retenue dans le modèle. On pense donc que plus un individu est riche, plus sa capacité à payer augmente, et moins il est exposé à une dépense catastrophique ou une dépense d'appauvrissement induit par sa dépense de santé.

La régression logistique a été utilisée parce qu'elle permet de modéliser des variables binaires (c'est-à-dire qui comportent seulement deux modalités), ce qui sied car la variable d'identification des ménages en situation de dépenses catastrophiques est binaire, de même que celle qui identifie les ménages effectuant des dépenses d'appauvrissement. L'objectif est de modéliser, en fonction des caractéristiques économiques, démographiques et sociales du ménage, la probabilité qu'il connaisse des dépenses catastrophiques de santé ou des dépenses d'appauvrissement. Cette probabilité évolue de manière non linéaire avec les variables explicatives des dépenses d'appauvrissement. De même, ces déterminants n'influencent pas de la même manière la probabilité de réalisation des dépenses catastrophiques (respectivement d'appauvrissement) au sein du ménage. Enfin, du point de vue de la robustesse statistique, le graphique des résidus conforte le choix d'une fonction logit. Le graphique 2 ci-dessous, présentant la fonction de répartition des résidus et celle de l'écart-type des résidus justifie le choix de cette fonction.

Graphique 2 : Courbe des résidus



Elle est assortie du test de Hosmer-Lemeshow. Ce test divise la population en 10 déciles au sein desquels, il compare deux distributions à l'aide d'un test statistique dont la loi suit un khi-deux à $n-2$ degré de liberté où n est la taille de l'échantillon. La première distribution est constituée des probabilités générées par le modèle (probabilité prédite), et la deuxième distribution est la probabilité observée, qui correspond aux données inhérentes à l'hypothèse selon laquelle le résidu suit une loi logistique ; c'est l'approximation de la loi de fonction logistique sous l'hypothèse nulle. L'objectif est de savoir s'il existe un écart statistiquement significatif entre les deux distributions. Si l'écart est grand, alors on rejettera l'hypothèse nulle de logit, mais si l'écart est petit, alors on considère que cet écart est dû à la fois au hasard et aux fluctuations d'échantillonnage, et l'on ne rejettera donc pas l'hypothèse nulle. L'écart est faible lorsque la probabilité critique du test (p -value) est plus grande que 5% (le risque choisi), et dans ce cas le modèle issu de la régression logistique est accepté. Dans notre cas, la valeur de la statistique du test est égale à 0,52 ; elle est donc supérieure au seuil théorique (0,05). On en conclut donc que le modèle logistique est compatible avec les données.

Logistic model for cata, goodness-of-fit test	
Number of observations =	9134
Number of covariate patterns =	2287
Pearson chi2(2274) =	2775.12
Prob > chi2 =	0.52

Le tableau ci-dessous récapitule les variables exogènes utilisées dans les deux modèles logit

Tableau 2 : Note explicative des variables du modèle logit

Variables	Type	Modalités	Modalité de référence
Sexe du chef de ménage	binaire	1= Masculin 0= féminin	1
Taille du ménage	continue	[1: 63]	1
Présence de personnes âgées de 60 ans ou plus dans le ménage	Binaire	0= Tous les membres du ménage ont moins de 60 ans 1= Il y a au moins une personne âgée de 60 ans ou plus dans le ménage	1
Présence de personnes âgées de moins de 5 ans dans le ménage	Binaire	0= Tous les membres du ménage ont 5 ans ou plus 1= Il y a au moins un enfant de moins de 5 ans dans le ménage	1
Milieu	Binaire	1= Milieu urbain 0=milieu rural	1
Accès physique au service de santé	Binaire	1= le ménage a accès à la santé 0= le ménage n'a pas accès à la santé	1
hospitalisation	Binaire	1= Le ménage a connu au moins une hospitalisation au cours des 12 derniers mois 0= Le ménage n'a enregistré l'hospitalisation d'aucun de ses membres au cours des 12 derniers mois	1
Region	catégorielle	[1=hauts-bassins, 2=boucle du Mouhoun, 3= sahel, 4= est, 5= sud-ouest, 6= centre-nord, 7= centre-ouest, 8= plateau central, 9= nord, 10= centre-est, 11= centre, 12= cascades, 13= centre-sud]	La région du centre, modalité n°11
Quintile	catégorielle	Quintile 1, Quintile 2, Quintile 3, Quintile 4, Quintile 5	Les ménages du Quintile 1

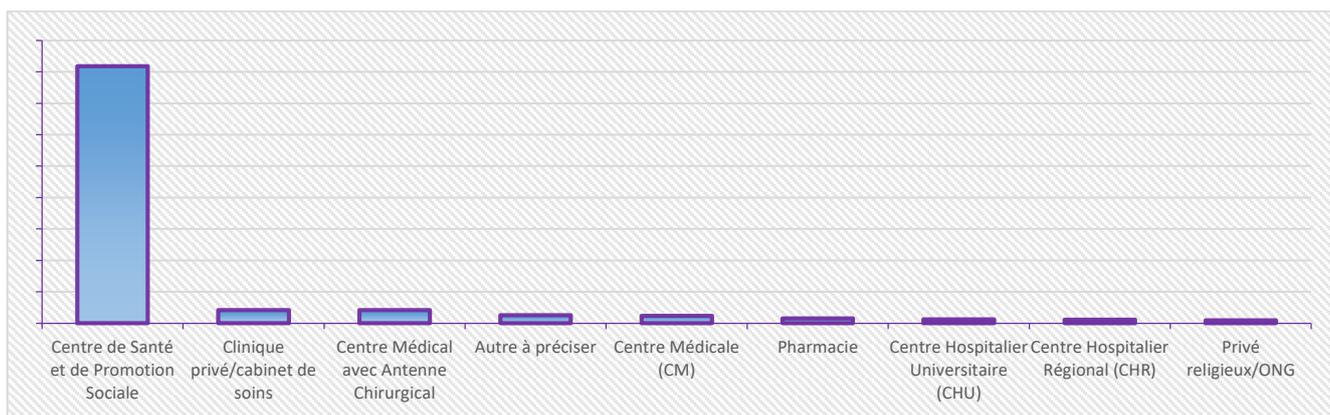
Dans cette configuration, les odd-ratio du modèle estimé sont interprétés en fonction de la catégorie de référence pour les variables binaires et les variables catégorielles. Par défaut, l'odd ratio de la catégorie de référence est égal à 1. Par conséquent, pour toute catégorie de comparaison, un odd ratio supérieur à 1 traduit une aggravation, tandis qu'un odd ratio inférieur à 1 exprime une amélioration nette pour la modalité de comparaison en présence.

Results

Utilisation des services de santé

En 2009, le taux de morbidité se situait à 15,3% en 2009, et parmi ces personnes ayant connu des épisodes morbides, environ 54,6% ont consulté un service ou un personnel de santé. La situation s'est légèrement améliorée, car la proportion des individus qui ont eu des problèmes de santé (maladie ou accident) était de 12,8% au niveau national en 2014. Parmi eux, 57,5% ont consulté un service ou un personnel de santé (formel et communautaire compris). Le graphique ci-dessous présente la répartition des personnes ayant consulté en fonction du type de service qu'ils ont consulté en 2014.

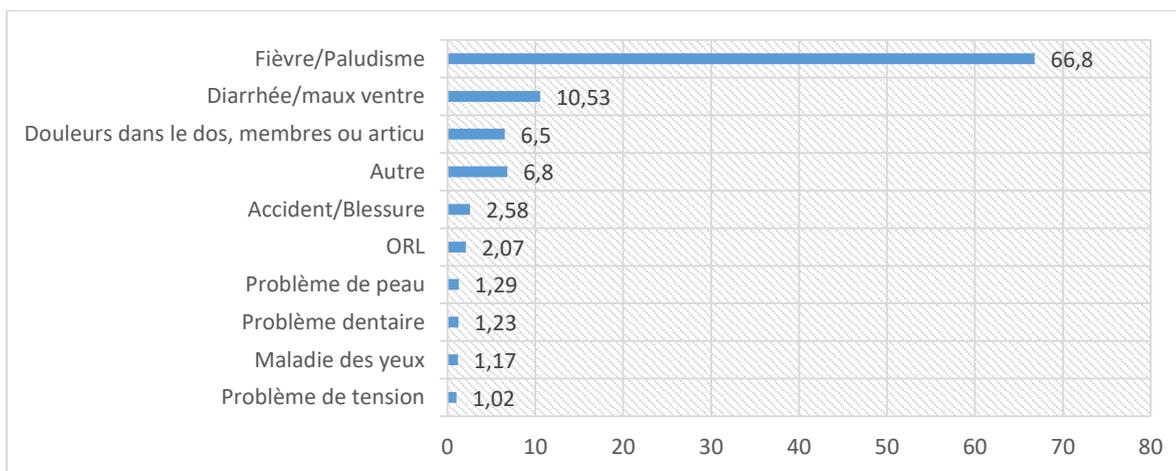
Graphique 3 : Répartition des personnes ayant consulté un centre de santé par type en 2014 (en %)



Le

Graphique 3 révèle principalement qu'en 2014, 81,8% des consultations sont effectuées dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS). En 2009, cette proportion était de 63,5% (résultats de l'EICVM). Les CSPS sont suivis des cliniques privées et des centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) avec 4,2% des personnes ayant consulté un centre de santé (contre 10,6% en 2009). Les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres privés sont les moins fréquentés avec respectivement 1,1% et 1,0% de taux de consultation par les patients en 2014. En 2009, les consultations dans ces structures étaient respectivement de 3,2% et 5,4%.

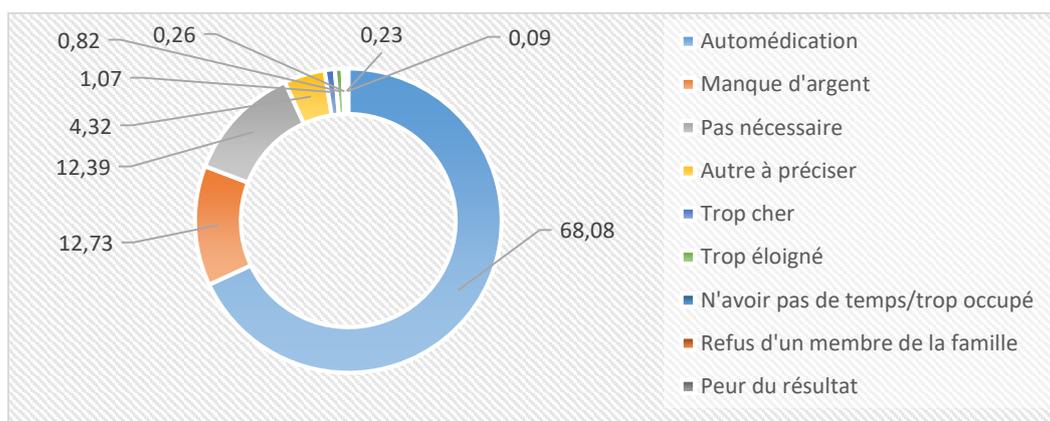
Graphique 4 : Motif de consultation en 2014 (en %)



En 2014, la fièvre/paludisme est le principal de motif de consultation avec 66,8% des consultations. Cette proportion, selon les résultats de l'EICVM 2009, a augmenté de 61,7% en 2009 à 66,8% en 2014. La diarrhée/maux de ventre constitue le second motif avec une proportion de consultation de 10,5% (contre

16,2% en 2009). Les problèmes dentaires, les maladies des yeux et le problème de tension artérielle sont entre autres les motifs de consultation les moins fréquents.

Graphique 5 : Raison principale des individus n’ayant pas consulté un service de santé en 2014 (en %)



L’automédication est la principale raison évoquée par les personnes n’ayant pas consulté un centre de santé (68,1%). Les autres raisons évoquées sont d’ordre socioéconomique telles le manque d’argent (12,7%) et la non nécessité de consulter un centre de santé (12,4%). Les raisons les moins évoquées sont relatives à la peur de résultat (0,09%) et le refus d’un membre de la famille (0,23%). L’automédication peut être définie comme un traitement médicamenteux pris par un individu sans avis médical. C’est-à-dire un traitement pharmaceutique institué par le patient lui-même sans avoir, au préalable, eu un avis ni eu une prescription médicale d’un professionnel de santé.

Dynamique des dépenses de santé dans les dépenses globales des ménages

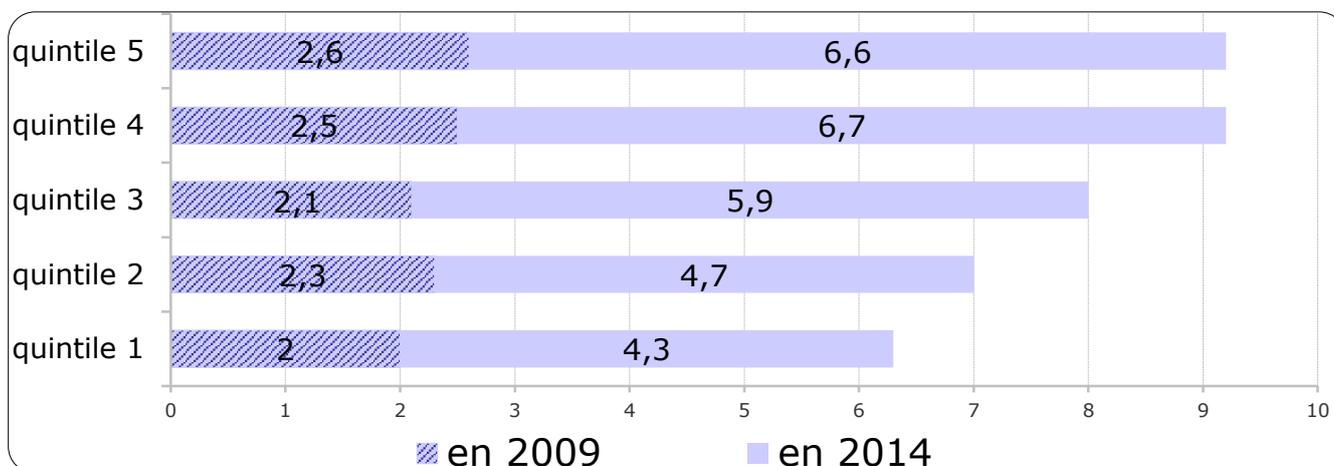
Tableau 3 : Part de la dépense de santé dans la consommation des ménages

FONCTION DE CONSOMMATION	Coefficient budgétaire en 2009 (en %)	Coefficient budgétaire en 2014 (en %)
Alimentation et boissons non alcoolisées	52.3	41.9
Boissons alcoolisées tabac et stupéfiants	2.6	2.9
Articles d'habillement et chaussures	5.5	7.3
Logement eau électricité gaz et autres combustibles	13.6	11.9
Meubles articles de ménages et entretien courant	3.6	6.3
Santé	2.4	5.9
Transports	5.6	7.7
Communications	2.8	5.8
Loisirs et culture	1.1	0.8
Education	1.6	2.1
Restaurants et hôtels	5.1	3.4
Biens et services divers	3.8	4.0
Total	100	100
Consommation agrégée en franc CFA	2 897 584 632 709	3 325 028 026 461

La consommation des ménages est mesurée et agrégée selon douze fonctions de consommation tel que présenté dans le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Au regard de ce tableau, le poids des dépenses totales

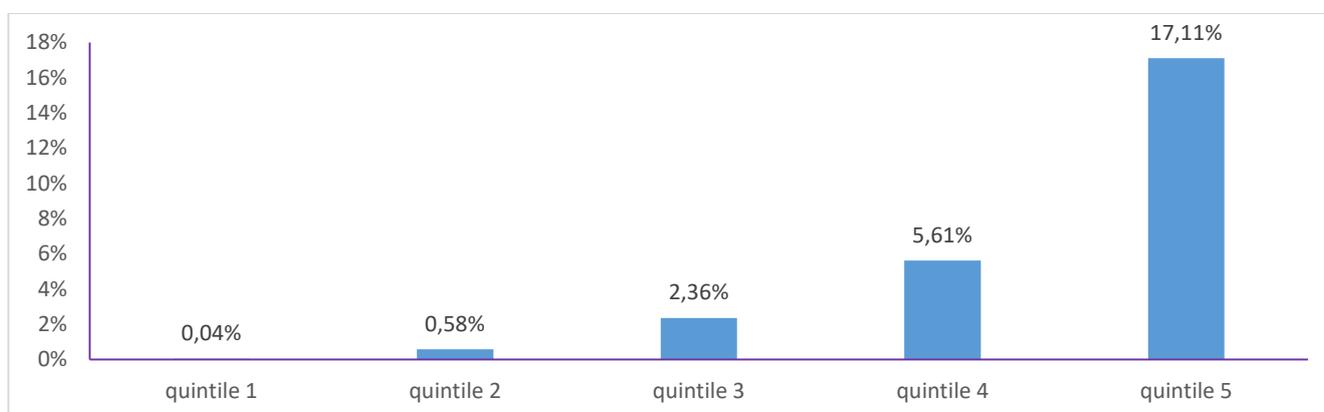
de santé dans la consommation agrégée des ménages a plus que doublé en l'espace de 5 ans, passant de 2,4% en 2009 à 5,9% en 2014.

Graphique 6 : Evolution du coefficient budgétaire de la santé au niveau des quintiles de consommation



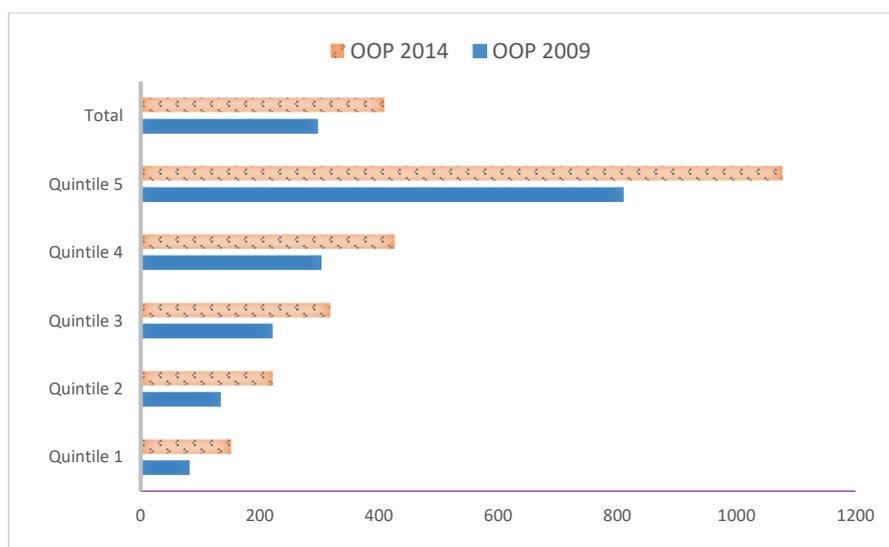
Les changements de structure entre quintile dans les dépenses catastrophiques s'expliquent aussi par les changements de la part de la santé dans la consommation totale du ménage au niveau de chaque quintile. A mesure que le revenu d'un ménage augmente, la dépense de santé de ce ménage augmente, plus que proportionnellement par rapport à l'augmentation du revenu. On peut penser donc que la santé est un bien de luxe pour les burkinabè. En effet, le coefficient budgétaire de chaque quintile a plus que doublé lorsqu'on passe de l'année 2009 à l'année 2014, et l'augmentation la plus faible est enregistrée dans les quintiles les plus pauvres. L'accroissement des dépenses de santé est très rapide pour les ménages des quintiles les plus riches. Les résultats des deux enquêtes utilisées dans la présente étude nous enseignent que la dépense agrégée de santé des ménages a augmenté de 70 333 396 140 francs CFA en 2009 à 196 483 680 528 francs CFA en 2014, et cela correspond à une dépense annuelle moyenne de santé par tête de 4 620 f CFA et 10 989 francs CFA en 2009 et 2014 respectivement. La dépense individuelle de santé au Burkina a donc augmenté de 138% entre 2009 et 2014, mais le nombre d'individus ayant vécu des dépenses catastrophiques de santé a baissé de 99,7% (de 204 318 à 102 322) entre 2009 et 2014 à cause de l'augmentation considérable des revenus des ménages sur la même période. Cela correspond à une diminution de 15 607 ménages effectuant des dépenses catastrophiques.

Graphique 7 : Quintiles du coefficient budgétaire moyen de la santé par ménage



Le graphique du poids de la dépense totale de santé dans la dépense du ménage, rangé en quintiles, nous montre que les ménages qui allouent le moins de dépenses à la santé dédient en moyenne 0,04% à leurs soins de santé, tandis que ceux qui allouent le plus de ressources à la santé ont un coefficient budgétaire moyen pour la santé d'environ 17,1%.

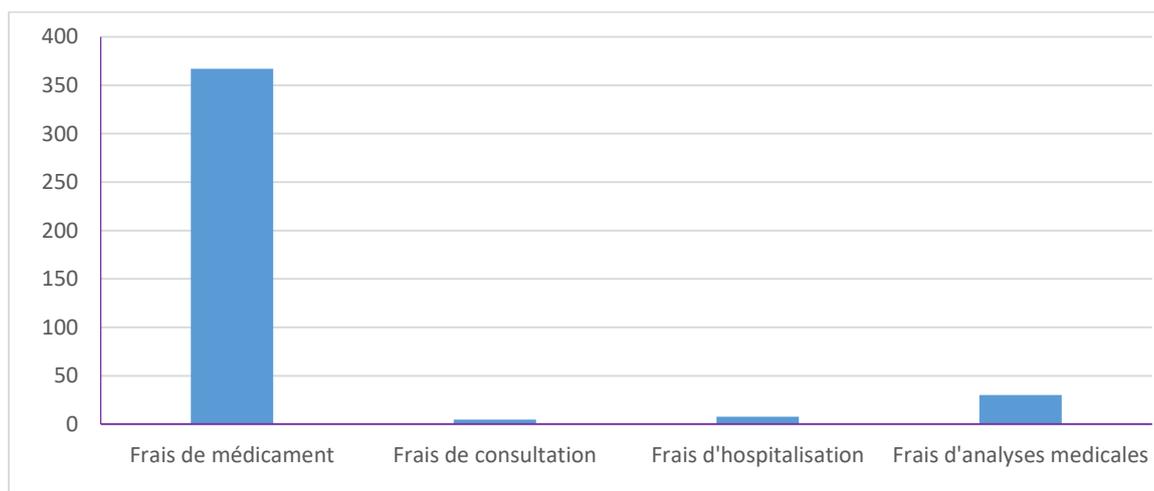
Graphique 8 : paiement direct par tête de santé mensuelle par quintile en 2014 et 2009 (en francs CFA)



On entend par paiement direct des ménages, un paiement pour des biens et des services de santé prélevé sur les revenus monétaires ou l'épargne du ménage, lorsque le paiement est effectué par l'utilisateur au moment d'acheter les biens ou d'utiliser les services. Ne sont pas comptabilisés dans les paiements directs, les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie.

Les paiements mensuels directs de santé par tête sont estimés à 409,5 francs CFA en 2014 contre 297,3 francs CFA en 2009. Cette dépense augmente en fonction du quintile et du milieu de résidence en passant de 152,2 francs CFA pour le quintile 1 à 1076,9 francs CFA pour le quintile 5 en 2014. Cette situation s'explique entre autres par l'impact des dépenses élevées de santé de la classe la plus riche (quintile 5). Chaque individu dépense mensuellement 752,8 francs CFA en milieu urbain en paiement direct pour sa santé alors que ce montant est estimé à 314,4 francs CFA en milieu rural.

Graphique 9 : Structure des dépenses de santé des ménages (en francs CFA)

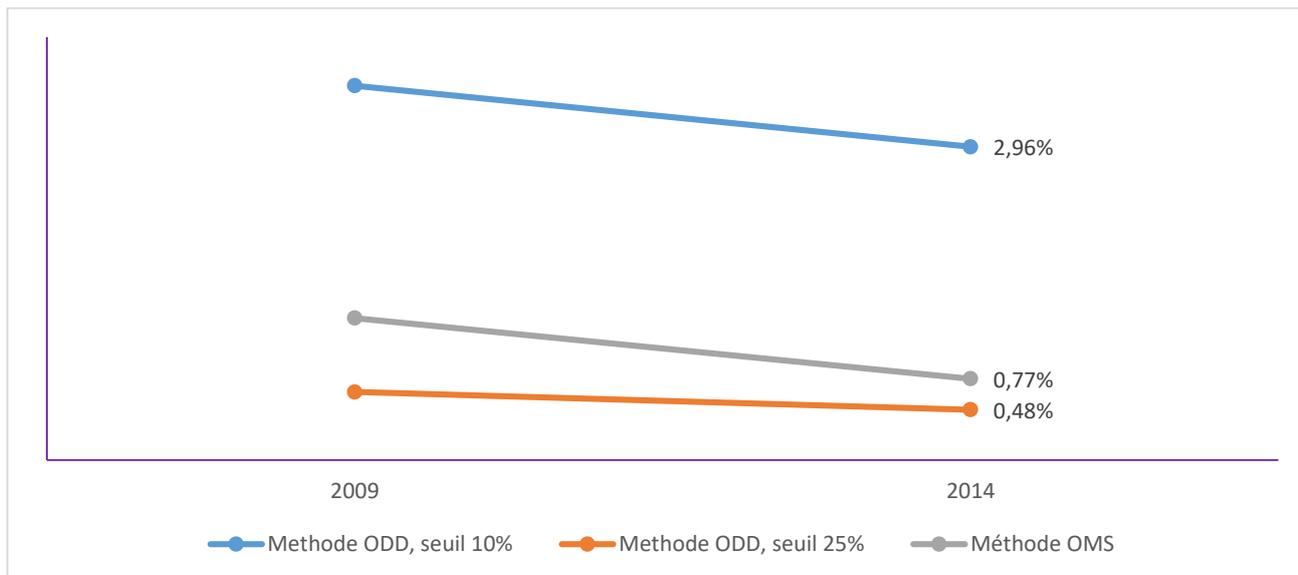


L'analyse fonctionnelle des paiements directs de santé indique une prépondérance des frais de médicament estimés à 367,1 francs CFA soit 72% des dépenses totales de santé des individus.

Selon l'OMS, un ménage fait face à des dépenses catastrophiques si ses dépenses totales de santé sont supérieures ou égales à 40% de sa capacité à payer. L'approche des ODD considère deux seuils différents : 25% et 10% des dépenses totales.

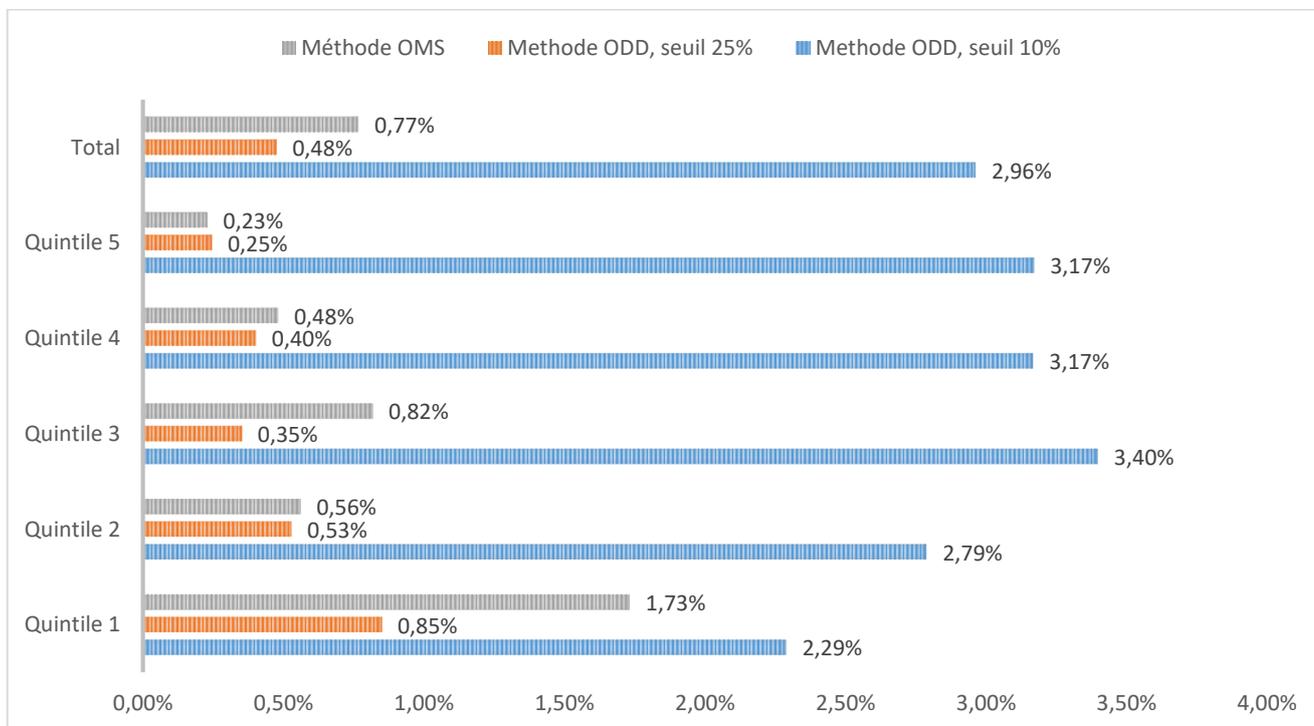
Dépenses catastrophiques de santé

Graphique 10 : Proportion d'individus ayant vécu des dépenses catastrophiques entre 2009 et 2014 (en %)



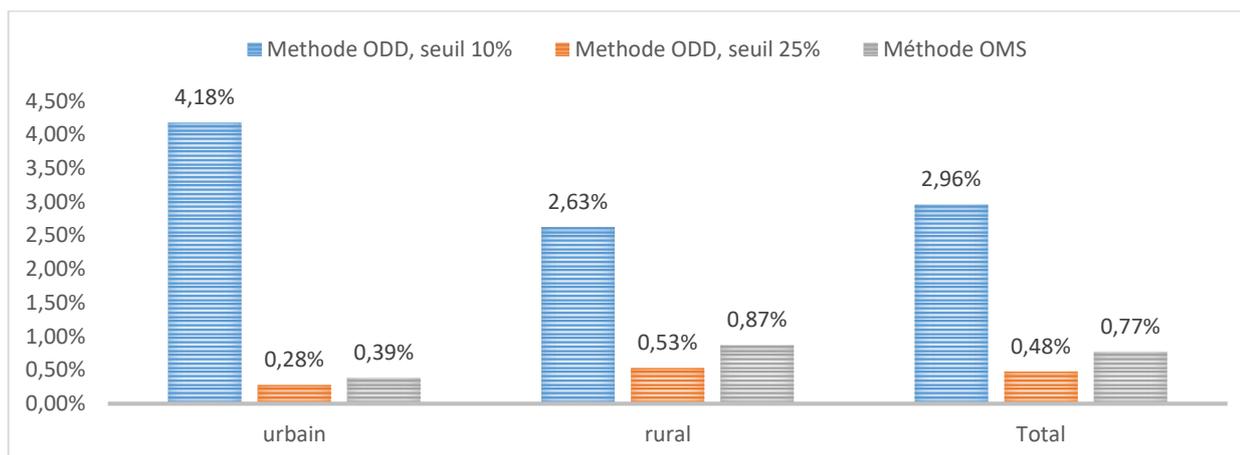
La proportion de personnes ayant fait face à des dépenses catastrophiques de santé a chuté de 3,5% en 2009 à 3,0% en 2014 selon la méthode ODD au seuil de 10%. Cette baisse est plus faible lorsqu'on considère la méthode ODD au seuil de 25%. Elle passe de 0,6% à 0,5% entre 2009 et 2014. Avec la méthodologie de l'OMS, elle chute de 1,3% en 2009 à 0,8% en 2014.

Graphique 11 : Incidence des Dépenses catastrophiques selon par quintile en 2014 (en %)



L'on retient principalement que, plus un ménage effectue de dépenses de santé, plus il s'expose à des dépenses catastrophiques. On constate par exemple que le quintile le plus pauvre regorge relativement du nombre le plus faible de ménages présentant des dépenses catastrophiques, tandis que les ménages les moins pauvres présentent les incidences de dépenses catastrophiques les plus élevées. La santé se présente donc comme un bien de luxe pour les ménages burkinabè.

Graphique 12 : incidence des dépenses catastrophiques selon le milieu de résidence en 2014 (en %)



La proportion de ménages exposés aux dépenses catastrophiques est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain lorsqu'on considère la méthode de l'OMS (0,87% contre 0,39% en milieu urbain), de même que la méthode ODD au seuil de 25%. Par contre, l'approche ODD au seuil de 10% nous enseigne que les ménages ruraux n'effectuent relativement pas de dépenses de santé³ comparativement aux ménages urbains et s'en retrouvent de ce fait moins exposés aux dépenses catastrophiques de santé par rapport aux ménages urbains.

Tableau 4 : Incidence des dépenses catastrophiques selon la région en 2014 (en %)

	Méthode ODD,		Méthode OMS	Dépense moyenne de santé par individu
	Seuil 10%	Seuil 25%		
Boucle du Mouhoun	3,03	0,07	0,24	1862
Cascades	4,59	0,07	0,34	2965
Centre	2,97	0,47	0,11	5884
Centre-est	2,45	0,40	0,93	2284
Centre-nord	1,55	0,33	2,49	1689
Centre-ouest	1,99	0,64	0,64	1915
Centre-sud	3,02	0,60	1,09	2811
Est	3,04	0,64	0,69	1811
Hauts-bassins	3,60	0,34	0,30	2553
Nord	3,53	1,67	1,88	1419
Plateau central	3,02	1,26	1,07	2431
Sahel	0,65	0,23	0,23	1351
Sud-ouest	5,09	0,29	0,39	2154
Total	3,13	0,53	0,78	2747

Selon la méthode OMS, la région du centre-nord affiche la plus forte incidence de dépenses catastrophiques de santé en 2014 avec environ 2,5%. Vient ensuite le nord, le centre-sud et du plateau central qui affichent des taux supérieurs à 1%.

Les quatre régions qui contribuent à faire baisser l'incidence nationale sont le centre, le sahel, la boucle du Mouhoun et les hauts bassins. Elles présentent les incidences les plus faibles. Les cinq régions restantes sont relativement proches de la moyenne nationale. La même tendance est observée lorsqu'on considère la

³ En effet 60% des ménages dont la dépense de santé est nulle résident en milieu rural

méthode ODD au seuil de 25%. Par contre, la méthode ODD à 10% présente une allure différente, et ce car la plupart des ménages qui consacrent moins de 10% de leur consommation à la santé sont en fait les ménages les plus riches.

Le rapport entre les paiements directs des ménages et leur faculté contributive représente leur contribution au financement du système de santé (CFS). A partir de cette contribution, nous avons estimé les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des ménages.

Tableau 5 : Résultats de l'estimation des dépenses catastrophiques par le modèle logistique (2014)

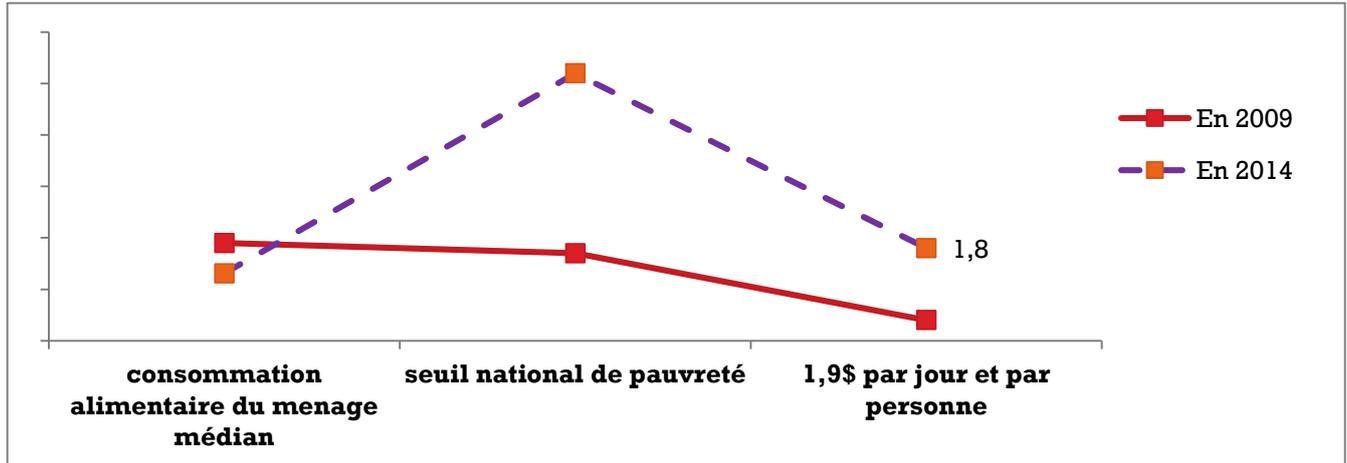
Variables	Modalité de reference	Odds Ratio	P>z	[95% Conf, Interval]
Sexe	Male	0,42	0,025	0,194 0,895
Taille du ménage	Hhsize	1,05	0,096	0,990 1,123
Âge des plus de 60 ans	age60	2,27	0,005	1,276 4,026
Âge des moins de 5 ans	age5	0,74	0,372	0,390 1,422
Milieu	Milieu urbain	1,08	0,819	0,552 2,118
Accès physique au service de santé	Accès santé	0,84	0,587	0,437 1,598
Hospitalisation	Hospitalisation	10,27	0,000	4,785298 22,0592
Region	Region du Centre	0,35	0,166	0,079 1,549
Quintile	Quintile 2	0,58	0,325	0,198 1,710
	Quintile 3	0,56	0,290	0,195 1,629
	Quintile 4	0,57	0,343	0,179 1,818
	Quintile 5	0,15	0,015	0,034 0,698

Au regard de ce tableau, les ménages les plus pauvres (quintile 1) sont plus exposés aux dépenses catastrophiques de santé que ceux des autres quintiles. Pour les ménages du second quintile par exemple, l'inverse de l'Odd Ratio de 0,58 est 1,72, ce qui indique qu'un ménage du second quintile court 1,72 fois moins de risque de faire face à des dépenses catastrophiques qu'un ménage du premier quintile. Le fait d'être un ménage du cinquième quintile divise par 7 le risque de faire une dépense catastrophique, comparativement à un ménage du premier quintile.

De même, l'on peut affirmer que les ménages dirigés par des hommes sont 2,38 fois moins exposés aux dépenses catastrophiques que les ménages dirigés par des femmes, et que plus la taille du ménage augmente, plus il est exposé à des dépenses catastrophiques. En effet, un individu additionnel dans le ménage accroît de 4,7% le risque de survenue de dépenses catastrophiques dans le ménage.

Dépenses d'appauvrissement en santé des ménages

Graphique 13 : Proportion d'individus qui sont tombés dans la pauvreté suite aux dépenses de santé (en %)



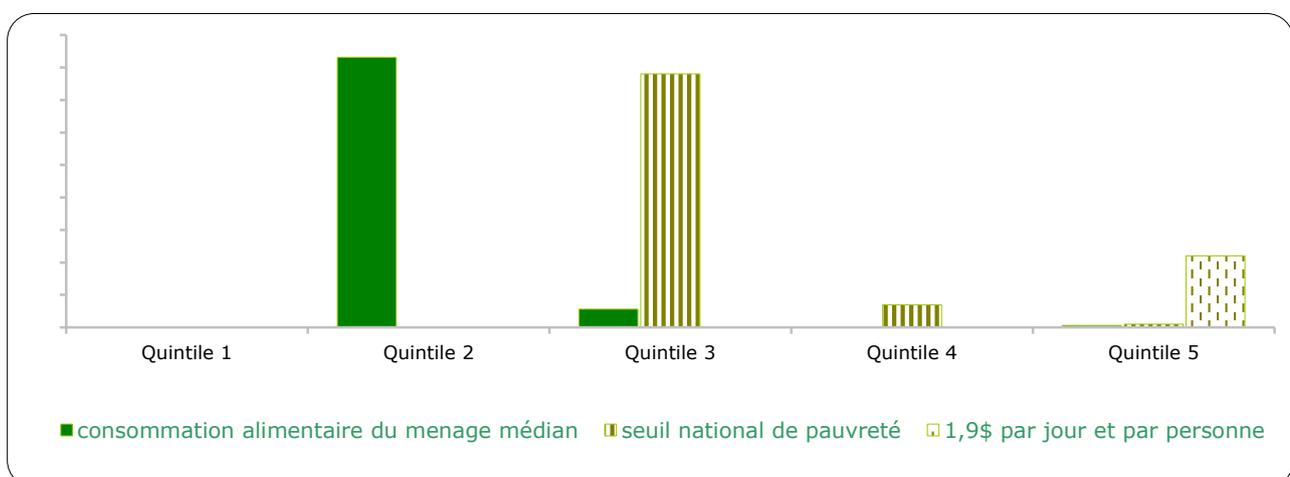
Au regard du graphique ci-dessus, on constate que la proportion de ménages se retrouvant en situation de pauvreté après avoir effectué des dépenses directes de santé a baissé de 0,6 points de pourcentage entre 2009 et 2014. En effet, le taux a chuté de 1,9% à 1,3% entre les deux dates lorsqu'on considère comme seuil de pauvreté, le niveau de consommation alimentaire du ménage médian.

Mais lorsqu'on considère le seuil national de pauvreté (130 735 francs CFA pour 2009 et 153 530 francs CFA en 2014), alors on obtient une situation inverse. En effet, avec cette ligne, la proportion d'individus ayant vécu des dépenses d'appauvrissement augmente de 1,7% à 5,2% sur la même période.

Enfin, lorsqu'on considère le seuil international (1,9\$/personne/jour), alors l'appauvrissement des individus augmente légèrement, de 0,4% à 1,8% entre 2009 et 2014.

Les deux derniers chiffres sont réconfortants vis à vis de la méthodologie de Ke xu et al, dans la mesure où l'appauvrissement mesure la proportion de personnes qui quittent une situation de non pauvres, pour se retrouver dans une situation de pauvreté du fait de la dépense de santé.

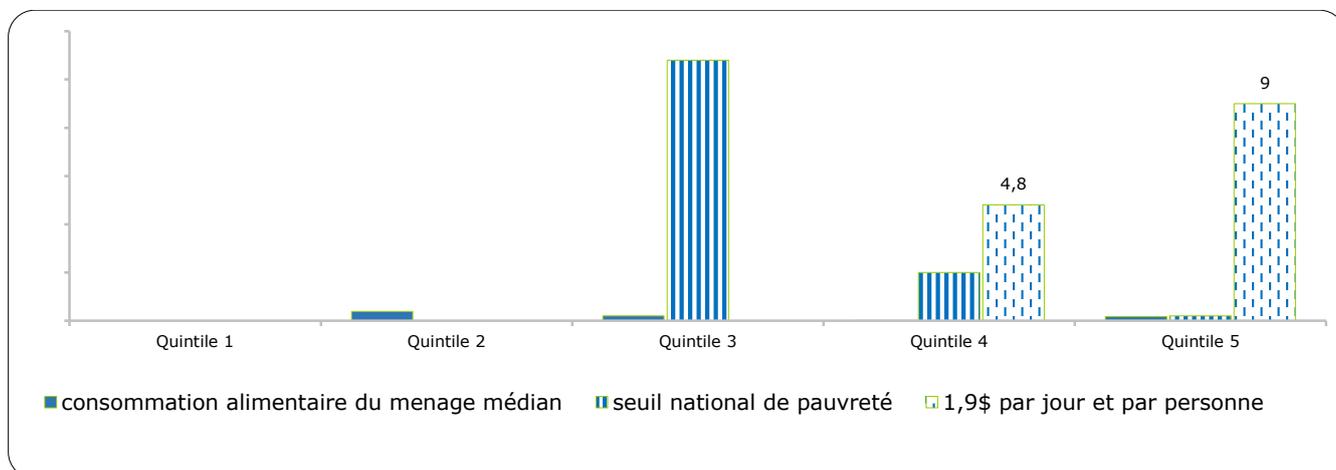
Graphique 14 : Proportion d'individus qui sont devenus pauvres suite aux dépenses de santé par quintile en 2009 (en %)



Les individus du premier quintile sont déjà tous pauvres, car leurs dépenses de subsistance sont inférieures à leur capacité à payer pour la santé. Si bien qu'aucun n'a quitté une situation de non pauvre, pour se retrouver

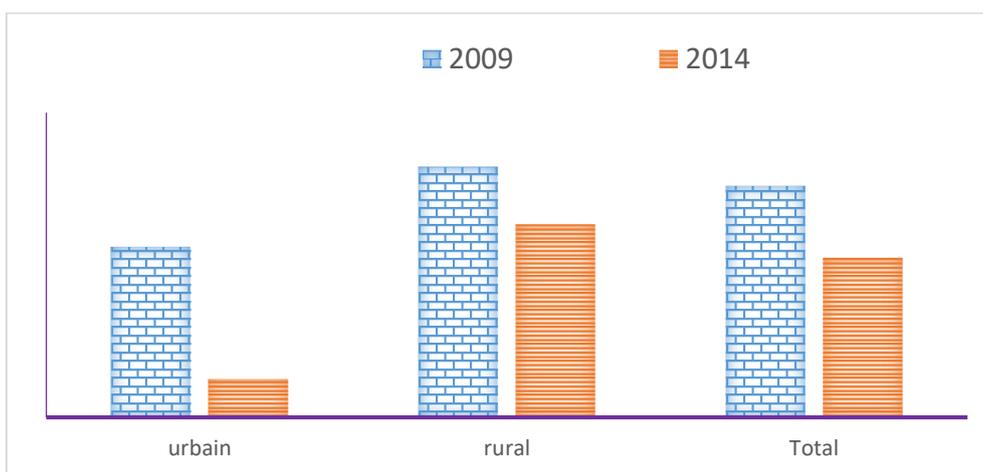
en situation de pauvreté après avoir effectué ses dépenses de santé. La proportion d'individus qui tombent dans la pauvreté suite aux dépenses de santé est très forte dans les couches les plus pauvres de la population au regard du graphique ci-dessus. Cette proportion décroît rapidement à mesure que l'on passe des quintiles les plus pauvres aux quintiles les moins pauvres.

Graphique 15 : Proportion d'individus qui sont devenus pauvres suite aux dépenses de santé par quintile en 2014 (en %)



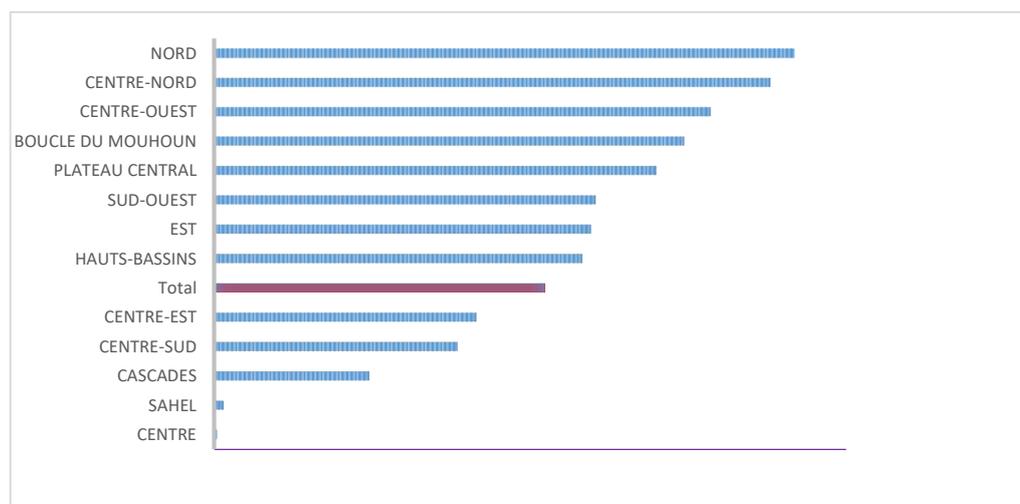
Un constat similaire à la situation de 2009 se présente, parce que l'appauvrissement indexe les ménages qui n'étaient pas pauvres avant d'effectuer leurs dépenses de santé, mais qui le deviennent juste après paiement des frais de santé. Dès lors, les individus des deux premiers quintiles étant déjà tous pauvres, aucun n'a connu de dépense d'appauvrissement, quelles que soit la ligne de pauvreté choisie. On constate que, plus la ligne de pauvreté augmente, plus il y a de pauvres, et l'appauvrissement des ménages, se ressent de cette situation par une hausse dans les quintiles les plus riches. Cela se justifie par le fait que le nombre d'individus pauvres augmente lorsque le seuil de pauvreté augmente, et donc le nombre d'individus non pauvres, qui tombent sous le seuil après avoir effectué leur dépense de santé, s'accroît dans les quintiles les moins pauvres.

Graphique 16 : Proportion d'individus qui sont tombé dans la pauvreté suite aux dépenses de santé par milieu (en %)



Le milieu rural regorge du plus grand nombre d'individus qui deviennent pauvres suites aux dépenses de santé. En effet la proportion de personnes effectuant des dépenses d'appauvrissement est cinq fois plus forte que celle du milieu urbain en 2014.

Graphique 17 : Proportion d'individus qui sont tombés dans la pauvreté suite aux dépenses de santé en 2014 (en%)



Ce sont les régions du nord (2,3%), du centre-nord (2,2%) et du centre-ouest (2,0%) qui affichent les taux les plus élevés d'individus qui sont tombés en situation de pauvreté suite à leurs dépenses de santé. Seules les régions du centre-est (1,0%), du centre-sud (1,0%), des cascades (0,6%), du sahel (0,0%) et du centre (0,0%) affichent une réalité moins drastique par rapport à la moyenne nationale.

Tableau 6 : Résultats de l'estimation de l'appauvrissement par le modèle logistique (année 2014)

Variabiles	Modalité reference	de Odds Ratio	P>z	[95% Conf,	Interval]
Sexe du chef de ménage	Male	1,26	0,517	0,627	2,531
Taille du ménage	Hhsize	1,02	0,625	0,945	1,098
Agé de plus de 60 ans	age60	1,66	0,023	1,072	2,575
Âgé de moins de 5 ans	age5	1,36	0,283	0,779	2,359
Milieu	Milieu urbain	1,24	0,559	0,604	2,537
Accès physique au service de santé	Accès santé	1,31	0,275	0,805	2,148
Hospitalisation	Hospitalisation	8,95	0,000	4,149	19,294
Region	Region du Centre	0,04	0,002	0,005	0,319
Quintile	Quintile 2	0,07	0,000	0,030	0,179
	Quintile 3	0,03	0,000	0,010	0,097
	Quintile 4	0,00	0,000	0,000	0,020
	Quintile 5	0,02	0,000	0,005	0,111

L'appauvrissement se manifeste beaucoup plus dans les trois premiers quintiles de ménages les plus pauvres. Comparativement au premier quintile qui est la catégorie de référence, on constate que les quintiles supérieurs ont 25 à 50 fois moins de risque d'être pauvres après avoir effectué des dépenses de santé. En outre, les dépenses catastrophiques étant plus connues chez les 2^{ème} quintile et 3^{ème} quintile de la population, pour les 40% de la population la plus aisée, l'impact des paiements directs des ménages sur leur appauvrissement est très minime, voire inexistant.

Une hospitalisation multiplie par 9 le risque de survenance des dépenses d'appauvrissement dans un ménage, comparativement à un ménage qui n'enregistre aucune hospitalisation en son sein.

De même, un individu résidant en milieu urbain a 1,24 fois plus de risque de basculer en situation de pauvreté après avoir effectué sa dépense de santé, comparativement à un individu résidant en milieu rural.

Lien entre dépenses catastrophiques et dépenses d'appauvrissement

Au regard du tableau ci-dessous, on constate qu'en 2014, parmi les ménages ayant effectué des dépenses d'appauvrissement, 25,8% ont effectué des dépenses catastrophiques. On peut même affirmer que 25,8% des dépenses d'appauvrissement sont des dépenses catastrophiques. De même, 51,0% des ménages ayant effectué des dépenses catastrophiques ont aussi vécu des dépenses d'appauvrissement. Environ 0,3% des ménages ont connu à la fois des dépenses catastrophiques et des dépenses d'appauvrissement, quand environ 1,2% de ces ménages ont vécu soit des dépenses catastrophiques, soit des dépenses d'appauvrissement.

Tableau 7 : Relation entre dépenses catastrophiques et dépenses d'appauvrissement des ménages

		Le ménage a effectué des dépenses d'appauvrissement	
		Non	Oui
Le ménage a effectué des dépenses catastrophiques	Non	99,1	0,9
		99,7	74,2
	Oui	49,0	51,0
		0,3	25,8

La corrélation entre les deux variables est de l'ordre de 0,42.

Discussion

Atouts de l'étude (points forts)

La présente étude se présente comme une opportunité, car elle donne des informations, répond à des questions, mais nous emmène aussi à nous poser des questions. En effet, environ 150 000 personnes sont tombées dans la pauvreté en 2014 du fait de leurs dépenses de santé. En plus, la contribution de l'état au financement de la santé est assez élevée mais l'on a l'impression que la pauvreté est si forte qu'elle inhibe de facto l'effort de l'Etat, et aussi que l'argent n'arrive pas véritablement aux ménages. Les résultats de l'Etude sur le suivi des dépenses dans le secteur de la santé au Burkina Faso, réalisée en 2016 ont montré des niveaux élevés de déperditions de fonds entre le niveau central et les districts sanitaires. En 2014, pour les crédits délégués, elles sont estimées à 17% au niveau inter districts et CMA, et pour les crédits transférés, à 48% au niveau inter communes et CSPS.

Cette étude sur les dépenses de santé des ménages vient contribuer à résorber le déficit d'informations sur la protection contre les risques financiers en santé au Burkina. En effet, beaucoup d'études sur les paiements directs au Burkina Faso ont été réalisées, mais elles demeurent encore à un stade stratégique. Elles indexent le rôle des paiements directs dans les dépenses de santé catastrophiques, les modalités de la collecte du financement de la santé au Burkina, avec les difficultés qui y sont rattachées. Par exemple, La recherche menée dans le district sanitaire de Kongoussi par J. E. GIRARD et V. RIDDE (2000), « L'équité d'accès aux services de santé pour les indigents dans un contexte africain de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako », a mis en évidence une baisse de 15 % de la fréquentation des centres suite à l'introduction de la tarification des prestations aux usagers.

Ces études font aussi une revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. On y apprend par exemple les types de pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. La stratégie du Burkina pour abolir les paiements directs adopte une approche prudentielle, qui part de

l'observation du fonctionnement des mutuelles corporatistes et des assurances déjà existantes, pour mettre en place une politique sélective d'exemption des paiements des soins, qui touche les femmes enceintes, les femmes allaitantes ou accouchées et les enfants de moins de cinq ans. Une frange importante de la population est donc partiellement couverte, et cela ira progressivement jusqu'à l'assurance universelle pour tous dans le moyen terme.

Concernant les dépenses catastrophiques de manière spécifique, ces études produisent des statistiques intéressantes pour l'estimation des dépenses de santé des ménages, mais restent localisées, car ne couvrant pas toute l'étendue du territoire nationale. A part l'étude de Su TT, Kouyate B, Flessa S. « Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society : a study from Nouna District, Burkina Faso » en 2006 et l'étude de 2009 sous l'égide de l'OMS, les chiffres sur la consommation des ménages et le poids de la santé n'apparaît pas de manière explicite dans ces études.

La présente étude a aussi permis d'établir un lien fort entre les dépenses catastrophiques et les dépenses d'appauvrissement effectuées par les ménages. Elle s'inscrit également dans une dynamique d'évaluation d'impact de la politique nationale de subvention des soins car, à mesure que le programme de gratuité (débuté en 2016) va se dérouler, les données d'enquêtes sur les conditions de vie des ménages permettront de suivre la situation des ménages, en utilisant la méthodologie utilisée dans la présente étude.

En outre, l'étude de 2009 utilisait une méthodologie qui calculait les indicateurs au niveau ménage, et non sur une base individuelle, ce qui présentait une limite intrinsèque que la présente étude vient combler. Elle reprend les données de 2009, et celles de 2014 en analysant les dépenses d'appauvrissement au niveau individu, et les dépenses catastrophiques au niveau ménage. Désormais les indicateurs basiques sont calculés au sein des ménages, mais sont toujours rapportés à la taille du ménage pour faciliter la compréhension et les interprétations. Toutefois certaines statistiques sont calculées au niveau ménage, telles que la proportion de ménages ayant vécu à la fois des dépenses d'appauvrissement et des dépenses catastrophiques, pour établir des liens entre les deux configurations.

Utilisation des services

Le taux de fréquentation des formations sanitaires par les personnes malades a augmenté de 54,6% à 57,5% entre 2009 et 2014⁴. La plupart de ces consultations sont réalisées dans les CSPS (81,8% en 2014 et 63,5% en 2009). Cela s'explique d'abord par le fait qu'au moins 80% des pathologies sont prises en charge au niveau des CSPS, qui du reste sont les structures les plus proches de la population. Ces structures de santé, dites de premier échelon sont les plus répandues et les populations, notamment celles du milieu rural sont plus proches de ces centres. Cela est aussi conforme au système actuel de référence et de contre référence en vigueur au Burkina Faso, qui emmène d'abord les patients dans les CSPS, avant d'être éventuellement référencés vers les niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire. Enfin, entre 2009 et 2014, la politique de couverture du territoire a permis d'augmenter le nombre de CSPS de 1 373 en 2009 à 1 643 en 2014, pendant que dans la même période, le ratio habitant par CSPS a relativement diminué (de 9 835 en 2009 à 9 824 en 2014). La proportion de la population vivant à moins de 5 km d'une formation sanitaire a augmenté de 55,5% en 2010 à 58,1% en 2014.

La gratuité de la prise en charge du paludisme grave, la distribution universelle de moustiquaires imprégnée, l'identification des actions communautaires font que même la prise en charge de la diarrhée, et des autres types de maladie, sont désormais vulgarisées dans toutes les formations sanitaires.

En plus des campagnes nationales de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides, une distribution sélective est conduite au profit des femmes accouchées et allaitantes, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Dans le domaine de la vaccination l'organisation des journées et campagnes de vaccination sont renforcées par la vaccination de routine. La prévalence de la malnutrition a fortement baissé du fait des activités d'IEC, la prise en charge communautaire et le dépistage. Au niveau du VIH, l'on note la gratuité des ARV pour la PEC et la PTME, et l'accélération du dépistage (au total 680 638 personnes ont été dépistées en

⁴ Annuaire statistique du ministère de la santé 2015

2014 contre 221 915 personnes en 2012). L'accélération de la PF (le couple année protection a progressé de 14,9 en 2012 à 19,9 en 2014), qui permet de limiter les avortements non désirés et risqués.

D'autre part, la morbidité a baissé de 15,3% en 2009 à 12,8% en 2014, du fait de l'amélioration dans le renforcement des actions de la prévention, dans la prise en charge des pathologies dans les groupes à risque comme les enfants de moins de cinq ans.

L'accroissement de l'utilisation des services de santé s'explique encore par le fait que des textes aient été pris pour permettre aux personnes âgées, de bénéficier d'exonérations pour certaines prestations spécifiques : des efforts de subvention des soins des personnes âgées ont été déployés par l'Etat à travers l'adoption des textes réglementaires. Ainsi le KITI N° AN-VIII-0202/FP/SAN-AS portant base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso et le RAABO CONJOINT N° AN-VIII 0084/FP/SAN-AS/MF/CAPRO, portant tarification des actes des professionnels de santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso ont prévu des réductions, des exonérations partielles en faveur des personnes âgées. De plus, l'on enregistre un renforcement des capacités de la prise en charge des personnes âgées à travers l'ouverture de services de gériatrie, la formation de spécialistes en gériatrie, l'élaboration d'un programme intégré pour la lutte contre les maladies non transmissibles. De même, la sensibilisation pour la pratique du sport a enregistré une promotion considérable au cours des cinq dernières années.

Dans le domaine du financement, on enregistre une baisse de la contribution des ménages (de 36,9% en 2009 à 35% en 2014) due aux différentes subventions mises en œuvre et un accroissement de la part du budget de l'Etat alloué au ministère de la santé, de 9,5% à 12,7% entre 2009 et 2014 (annuaires statistiques ministère de la santé). De même, dans le secteur de la santé, l'allocation budgétaire est de l'ordre de 15% depuis 2009, ce qui est conforme à la déclaration d'Abuja (En avril 2001, les pays de l'Union africaine réunis à Abuja ont promis de porter le financement public de la santé à au moins 15 % de leur budget annuel).

Dynamique des dépenses de santé et les dépenses globales des ménages

L'augmentation du coefficient budgétaire de la santé (de 2,4% en 2009 à 5,9% en 2014) est imputable à trois facteurs essentiels : (1) la sensibilisation de l'Etat qui a eu l'impact d'emmener les populations de plus en plus vers les formations sanitaires (le nombre de contacts par habitant a augmenté de 0,56 à 0,85 entre 2009 et 2014) ; (2) l'introduction des MEG a entraîné une baisse des prix des produits, mais a induit une augmentation du volume des consultations et de la valeur agrégée des produits sanitaires achetés ; (3) l'automédication qui contribue fortement au surpoids du médicament dans les dépenses de santé du ménage (68,1% des raisons de non consultation dans les formations sanitaires).

Le médicament constitue plus de 68,2% (en 2014) du panier sanitaire du ménage selon les résultats des enquêtes sur les conditions de vie des ménages. Les politiques mises en place par le gouvernement tendent à réduire le coût des consultations au sein des structures sanitaires publiques. Les grosses dépenses en matière de prise en charge sont plus concentrées au niveau de l'achat des médicaments et les examens de laboratoire et de radiologie en grande partie prestés par le secteur privé.

Chaque ménage résidant en milieu urbain dépense pour sa santé, plus du double de celle d'un ménage rural. Cela s'explique par le fait que les populations du milieu rural sont plus pauvres qu'en zone urbaine (47,5% contre 13,7% en zone urbaine, et 92% des personnes pauvres résident en milieu rural en 2014). De plus, la prestation des CSPS qui sont plus proches des populations rurales traitent les pathologies courantes dont la prise en charge est en relation avec une offre moins onéreuse qu'en zone urbaine. Enfin, le milieu rural enregistre un quasi inexistance du secteur privé onéreux en termes de soins de santé (seulement 0,3% des consultations du milieu rural sont effectuées dans une clinique privée ou un cabinet de soins, tandis qu'en zone urbaine c'est environ 7,8% en 2014).

Dépenses catastrophiques de santé et dépenses d'appauvrissement

Avec l'augmentation de la fréquentation précoce des formations sanitaires induites par la sensibilisation et la mise en œuvre des différentes réformes sur l'amélioration de l'accès financier aux prestations (gratuité des soins, subventions des prestations spécifiques, etc.), on assiste à une baisse de la létalité du paludisme (le nombre de décès a baissé de 5 985 en 2009 à 5 632 en 2014). En effet, c'est lorsque la maladie s'aggrave que la prise en charge, et donc les paiements directs sont élevés. Donc une consultation précoce de la formation sanitaire a un impact sur la baisse des dépenses catastrophiques.

En plus, l'augmentation considérable des revenus des ménages sur la période 2009-2014, a fortement contribué à augmenter le pouvoir d'achat des ménages ; et la survenue des dépenses catastrophiques et des dépenses d'appauvrissement se ressent de cette situation par une baisse considérable au fil du temps. Le fait que la proportion des ménages faisant face à des dépenses catastrophiques ait chuté de 1,3% de 2009 à 0,78% en 2014 s'explique entre autres par l'augmentation des revenus, et donc la baisse du taux de pauvreté (de 46,7% en 2009 à 40,1% en 2014). En effet, la dépense moyenne par tête a augmenté de 189 404 francs CFA en 2009 à 232 770 francs CFA en 2014.

L'étude n'a certes pas évalué le lien entre les maladies chroniques et l'appauvrissement des ménages, mais les résultats viennent renforcer l'assertion selon laquelle les hospitalisations de longues durées (i.e plus de sept jours) inhérentes aux cas de paludisme grave, aux maladies chroniques (cancer, diabète, hypertension, drépanocytose) et aux accidents de la circulation sont les principaux facteurs qui contribuent à la survenance des dépenses catastrophiques de santé et d'appauvrissement.

Dans les régions du sahel et du centre-sud par exemple, la consultation d'une formation sanitaire est souvent motivée par l'aggravation d'une pathologie, ce qui alourdit les dépenses de santé et augmente le risque pour les ménages de faire face à des dépenses catastrophiques et des dépenses d'appauvrissement.

Le fait pour un ménage d'avoir hospitalisé un de ses membres accroît fortement le risque d'appauvrir le ménage, et accroît aussi la probabilité de survenue d'une dépense catastrophique au sein du ménage. En effet, le risque de faire une dépense catastrophique de santé est multiplié par 10 lorsque le ménage enregistre une hospitalisation parmi ses membres, comparativement à un ménage qui n'a pas fait face à une hospitalisation.

De même, plus la taille d'un ménage augmente, plus sa probabilité de faire face à des dépenses catastrophiques augmente. En effet, selon les résultats de l'étude, un individu additionnel dans le ménage accroît de 4,7% le risque de survenue de dépenses catastrophiques dans le ménage.

En plus de ces deux facteurs, on constate que les personnes âgées de 60 ans ou plus font face à des MNT (maladies cardiovasculaires, le diabète, etc.). Ce sont des maladies dont la prise en charge se fait dans les hôpitaux et les médicaments prescrits sont pour la plupart des spécialités, ce qui contribue à accroître le coût de la prise en charge, et donc les ménages qui ont des personnes âgées de 60 ans ou plus, ont deux fois plus de risque d'exposition aux dépenses catastrophiques. Les résultats de l'enquête STEPS 2014 nous expliquent par exemple que 10,5% des hypertendus avaient un âge compris entre 55 et 64 ans.

Limite de l'étude

L'étude a conclu que les interventions du régime d'assurance maladie devraient accorder une importance particulière aux ménages qui font face à des dépenses d'hospitalisations, aux personnes âgées (60 ans ou plus), et aux enfants (moins de 5 ans) qui du reste représentent 26% de la population totale. Mais les données ne nous ont pas permis de calculer au sein de chaque ménage le nombre de femmes enceintes et le nombre de femmes allaitantes. Cela constitue une limite car les femmes enceintes et les femmes allaitantes constituent

une cible importante en termes de dépenses de santé (selon les comptes de la santé, les dépenses de la santé de la reproduction représentent 9,3 % de la dépense courante de santé en 2014). L'inclusion de cette frange dans le questionnaire d'enquête aurait apporté plus de clarté dans la discrimination du programme de protection contre les risques financiers en santé, et aurait permis de capter l'information nécessaire sur les 30% d'individus les plus vulnérables au Burkina. Tout programme de protection contre les risques financiers devrait donc nous emmener à les prendre en considération car elles sont une cible prioritaire.

Une autre critique que nous formulons sur les dépenses d'appauvrissement est encore d'ordre méthodologique. En effet, selon la conception, un ménage effectue une dépense d'appauvrissement, si au départ, il n'est pas pauvre, et c'est après qu'il ait payé pour sa dépense de santé qu'il devient pauvre. Cela signifie donc que, pour identifier un ménage ayant effectué une dépense d'appauvrissement, il faut que ce ménage soit devenu pauvre après avoir payé ses frais de santé, et qu'il soit non pauvre avant. Cela devrait donc nous conduire à regarder parmi les ménages qui sont pauvres actuellement, ceux qui n'étaient pas pauvres sans frais de santé. L'on devrait regarder parmi les ménages pauvres, ceux qui deviennent non pauvres, lorsqu'on retire la charge de la dépense sanitaire. Cela induit l'hypothèse que la dépense de santé du ménage ait été prise en charge par une personne ou une source hors du ménage. Idéalement, l'on devrait donc partir des revenus des ménages pour analyser ce type d'appauvrissement. Mais devant la complexité technique qui surgit lorsqu'on aborde les revenus, qui d'ailleurs ne sont pas le meilleur moyen pour apprécier le bien-être d'un ménage, l'on est obligé d'utiliser comme proxy, la dépense de consommation des ménages. Et cela nous emmène à adopter dès lors une approche duale, i-e, à considérer les ménages non pauvres actuellement (contrairement à la note conceptuelle), et qui deviennent pauvres lorsqu'on retire de leur dépense le montant des frais de santé. En effet, la dépense par tête du ménage est comparée au seuil de pauvreté, et le fait que cette dépense contienne les paiements directs est un atout pour le ménage car cela vient « augmenter » sa consommation et lui permet d'être au-dessus du seuil. C'est lorsqu'on retire de la dépense du ménage ses dépenses de santé, que cette dépense baisse, et qu'il peut éventuellement chuter sous le seuil et devenir pauvre. Et lorsqu'on interprète en disant qu'une proportion de ménages ou d'individus s'est appauvrie à cause de ses dépenses de santé ou de ses paiements directs, le langage est accessible à tous, alors que cela n'est pas forcément approprié car la dépense de santé est censée contribuer positivement à la dépense du ménage et donc à l'emmener au-dessus du seuil, i-e à le rendre non pauvre.

Une autre limite est inhérente aux dépenses d'appauvrissement, car pour identifier les ménages qui se sont appauvris à cause de leur dépense de santé, on retranche de la dépense totale du ménage sa dépense de santé, ou ses paiements directs selon la méthode utilisée ; puis l'on compare la nouvelle valeur obtenue avec le seuil en vigueur. Etant donné que le seuil de pauvreté est un condensé de tous les besoins minimums du ménage, la rigueur aurait voulu aussi que l'on retranche du seuil de pauvreté, la part de la santé, avant de faire la nouvelle comparaison avec les dépenses du ménage nettes des dépenses de santé. La procédure actuelle introduit systématiquement un biais, celui de surestimer le taux d'appauvrissement des ménages car si en même temps que la consommation est privée de sa dimension sanitaire, le seuil aussi était privé de son aspect sanitaire, la logique serait conservée et les taux observés s'en trouveraient certainement réduits et reflèteraient mieux la réalité. Une autre étude pourrait éventuellement analyser les effets de cette option.

Les maladies chroniques sont sources d'énormes dépenses pour les ménages, alors qu'elles n'ont pas été prises en compte dans la présente étude. Même si aucun chiffre ne permet d'étayer l'assertion selon laquelle il est très probable qu'un ménage ayant en son sein au moins une personne souffrant de maladie chronique, soit exposé à des dépenses catastrophiques de santé, voire à des dépenses d'appauvrissement, le lien entre maladies chroniques et dépenses catastrophiques / d'appauvrissement semble acceptable dans la communauté des praticiens. Mais la présente étude ne permet pas de quantifier le poids des maladies chroniques dans les dépenses catastrophiques / d'appauvrissement, encore moins quel ordre de comparaison peut apparaître entre un ménage n'hébergeant aucun malade chronique et un ménage qui en compterait en son sein.

Dans les régressions logistiques avec pour endogènes la probabilité de faire des dépenses catastrophiques (ou de faire des dépenses d'appauvrissement), l'on aurait pu utiliser le ratio de dépendance au sein du ménage en

lieu et place de la taille du ménage, ou alors introduire les deux variables si cela ne viole aucune hypothèse de régression. Malgré tout, les résultats n'auraient été plus robustes et plus significatifs que ceux obtenus avec la taille du ménage comme variable exogène. Par exemple, lorsqu'on utilise le ratio de dépendance dans la régression logistique, le coefficient du ratio de dépendance est de 1.03, avec une p-value de 0.780 au lieu de 1.05 et 0.096 respectivement pour ce qui est de la taille du ménage. Par contre, en introduisant les deux variables dans le modèle, les coefficients sont quasiment identiques, en dehors du fait que cela améliore encore la p-value de la taille du ménage. L'on a donc maintenu la taille du ménage à la place du ratio de dépendance car les propriétés statistiques du modèle s'en trouvent améliorées.

Une des principales limites de l'étude relève du fait que 145 714 individus (soit environ 27 767 ménages) n'ont pas été classés car n'ayant pas effectué de paiements directs de santé en 2014. Ce sont donc des ménages pour lesquels l'on n'a pu établir une situation claire sur le fait qu'ils fassent des dépenses catastrophiques/d'appauvrissement ou pas. Parmi ces individus, 88 376 sont monétairement pauvres (soit 61%). Et cela correspond à un effectif de 15 321 ménages pauvres parmi les 27 767 ménages non classés à l'échelle nationale. Cette limite est inhérente à la méthodologie d'identification du ménage qui effectue des dépenses catastrophiques de santé.

Ce constat vient du fait que, pour effectuer une dépense catastrophique, il faut d'abord effectuer une dépense de santé. Et c'est au regard du poids des paiements directs de santé dans la capacité à payer que l'on identifie les « catastrophes » et les appauvrissements. Dans la configuration où un ménage n'effectue pas de paiements directs de santé du fait de son indigence, ou encore parce qu'il bénéficie déjà d'une couverture complète de ses soins de santé, alors ce dernier n'effectue pas de paiement direct, et n'est donc pas éligible à la méthodologie mise en œuvre.

On rencontre par exemple dans certaines régions du Burkina (centre-sud), beaucoup de ménages très pauvres qui se soignent à l'aide de tisanes, d'écorces d'arbres et de racines sauvages, sans entrer en contact avec un prestataire moderne de soins au cours de l'année. Pour ces types de ménages par exemple, la dépense de santé et le montant des paiements directs en santé déclarés par les ménages sont insignifiants, voire nuls lorsque les enquêteurs passent pour la collecte des données. Ces ménages échappent de facto au classement inhérent à l'appauvrissement et ne sont indument pas classés en situation de catastrophe, alors que bon nombre d'entre eux sont extrêmement pauvres voir indigents, et devraient donc être des cibles potentielles du régime d'assurance maladie universelle.

De ce constat, émergent trois propositions. La première suggère que l'on recherche un seuil de dépense de santé par tête au sein de chaque quintile et de faire les analyses au sein de ces différents quintiles de ménages. Nous pensons que les statistiques qui seront produites dans cette configuration seraient plus robustes que celles fournies en l'étape actuelle des connaissances. On pourrait par exemple considérer comme seuil, la consommation alimentaire moyenne du ménage médian au sein de chaque quintile comme dépense de subsistance, et traiter les ménages des quintiles les plus pauvres sur cette base. Pour ceux des quintiles riches (4^{ème} et 5^{ème} quintiles), pour lesquels les paiements directs sont nuls, ils seront classés comme n'ayant ni fait face à des dépenses catastrophiques, ni vécu de dépenses d'appauvrissement car étant complètement couverts par une assurance sanitaire.

La deuxième proposition part du constat que, dans le cas spécifique du Burkina Faso, la méthode OMS nous produit des incidences de dépenses catastrophiques assez faibles (1,3% en 2009 et 0,78% en 2014). Cela provient certainement du fait que, la capacité à payer d'un ménage soit très élevée, telle que définie dans la méthodologie de Xu et al que nous avons mis en œuvre dans la présente étude. Pour le calcul de la capacité à payer, on considère qu'une fois la dépense alimentaire « théorique » du ménage est satisfaite, tout le reste de la dépense du ménage peut être affecté à sa santé, alors que comme nous l'avons vu ci-dessus, en plus des fonctions alimentaire et sanitaire, il existe encore 10 fonctions de consommation à satisfaire par le ménage. Etant donné que, les données d'enquête nous indiquent que la part de la santé dans la dépense totale du ménage varie de 2,3% à 5,6%, et à 17,1% respectivement dans les trois derniers quintiles de ménages qui allouent le plus d'argent à leur santé, il serait bien de considérer une proportion relativement raisonnable, i-e

entre 2,3% et 17,1% de la capacité à payer telle qu'elle est calculée présentement, avant d'identifier sur cette nouvelle base les ménages en situation de dépenses catastrophiques. En considérant par exemple 2,3% de la capacité actuelle, l'on se retrouve avec 68,7% (écart-type= 0.464) d'individus en situation de dépenses catastrophiques. Mais avec un seuil de 5,6% de la capacité actuelle à payer, le taux s'établit à 50% (écart-type= 0.500) d'individus en situation de dépenses catastrophiques, et enfin, avec un seuil de 17,1% de l'actuelle capacité à payer, la proportion de dépenses catastrophiques est de 18% (écart-type= 0.384). Mais en considérant le seuil de 15% de la capacité actuelle à payer, comme pour transplanter la déclaration d'Abuja à l'échelle ménage, ce sont 20,3% (écart-type=0.4022) d'individus qui sont en situation de catastrophe. Nous pencherions donc arbitrairement à considérer 17,1% de la capacité totale à payer comme capacité à payer pour la santé au sein du ménage, et cette valeur serait donc appelée **capacité à payer** ou **capacité partielle à payer** et non **capacité totale à payer** pour le ménage.

La troisième proposition vient du fait que, la méthodologie actuelle analyse la dépense de santé sous un angle microéconomique, i-e qui descend complètement au niveau ménage, voire individu. Alors que l'histoire des caisses d'assurance maladie des pays limitrophes au Burkina nous montre que les pouvoirs publics vivent aussi des stress et rencontrent d'énormes difficultés dans la mise en œuvre de leur politique de santé. La méthodologie permet de dire si un ménage fait face à des dépenses catastrophiques ou pas. Mais il serait bien, de savoir si le pays tout entier est en situation de catastrophe ou pas, et aussi de mitiger le résultat avec d'autres pays ayant des niveaux de vie similaires. En d'autres termes, si l'on peut comparer la situation de 2 ménages différents au sein d'un même pays, l'on devrait être capable de comparer la situation macroéconomique de plusieurs pays, voire de plusieurs régions en termes de dépense catastrophiques de santé. Soit on considère que le pays en situation de catastrophe si au moins 40% des ménages vivent des dépenses catastrophiques (ou autre seuil, 10% par exemple), soit on considère que le pays est en situation de dépense catastrophique si le poids du secteur santé est supérieur (ou inférieur) à 40% du budget (ou un autre seuil) national, ou encore si les paiements directs agrégés des ménages représentent plus de 40% de la dépense courante du secteur santé (en 2014 c'est 32,2%), ou encore si la dépense de santé des ménages pèse plus de 10% de la dépense agrégée des ménages par exemple. En 2009, le poids agrégé de la dépense de santé dans la consommation totale des ménages était de l'ordre de 2,4% et de 5,9% en 2014. L'OMS pourrait donc proposer, à l'instar du seuil pour la subsistance, un coefficient budgétaire seuil qui permettrait de classer les pays, ou encore proposer une limite absolue pour la part du budget public dépensé dans les paiements directs de santé, car si un ménage peut effectuer des dépenses catastrophiques, alors le pays peut aussi effectuer des dépenses catastrophiques de santé, ou être en situation de dépense d'appauvrissement. Cela permettra de comprendre la transmission des décisions publiques sur les bénéficiaires, et de meubler le contenu de la recherche, dans un contexte où le déficit de l'offre de santé par rapport à la demande n'est jamais évalué avant la mise en œuvre des programmes de protection contre les risques financiers en santé.

Conclusion

Au regard des résultats produits ci-dessus, la santé se présente comme un bien de luxe pour le Burkina. La fréquentation des formations sanitaires a augmenté parallèlement à celle des revenus des ménages, et le coefficient budgétaire de la santé dans le panier des ménages a augmenté de 2,4% à 5,9% entre 2009 et 2014.

L'augmentation du montant des paiements annuels directs de Santé par individu de 3 568 à 4 914 francs CFA entre 2009 et 2014, couplée, au fait que la capacité individuelle à payer ait augmenté de 77 680 à 132 216 francs CFA, s'est traduit sur le plan économique par une baisse du pourcentage d'individus faisant face à des dépenses catastrophiques de santé de 1,3% à 0,8%.

La demande de santé est très élastique au Burkina (élasticité=12,2) par rapport au revenu. Pendant que le revenu des ménages a augmenté de 3% par an en moyenne, la dépense de santé, elle, a connu une croissance annuelle moyenne de 23% sur la période 2009-2014. La dépense agrégée de santé des ménages a augmenté de 179,4% en cinq ans, pendant que la dépense globale des ménages, elle n'a augmenté que de 14,8% au cours de cette même période. Même si le taux de pauvreté a considérablement baissé de 46,7% à 40,1% entre 2009 et 2014, les frais de santé ont contribué fortement à la pauvreté des ménages en 2014.

Malgré les programmes et projets facilitant l'accès financier aux soins de santé mis en place par l'État, les ménages burkinabè continuent de consacrer une partie importante de leur revenu au paiement des soins de santé. La problématique de l'accessibilité aux soins de santé demeure plus marquée en milieu rural, où le pouvoir d'achat des populations est faible. Les autorités doivent mettre en place des mécanismes pour se diriger vers une couverture maladie universelle afin de corriger le manque d'équité dans l'accès aux soins de santé et les risques financiers associés, avec un accent particulier sur les populations pauvres et vulnérables.

List of abbreviations

CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CM	: Chef de Ménage
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
EICVM	: Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages
EMC	: Enquête Multisectorielle Continue sur Les conditions de vie des ménages
IEC	: Information Education Communication
INSD	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
PNDES	: Plan National de Développement Economique et Social
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	: Régime Assurance Maladie Universelle
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine
ZD	: Zone de Dénombrement

Declaration

Acknowledgements

Non applicable

Funding

L'étude a été entièrement financée par l'OMS.

Availability of data and materials

Toutes les données, et les syntaxes utilisées pour le calcul des indicateurs ainsi que les fichiers Excel sont disponibles dans les données additionnelles.

Authors' contributions

M. GUENE Hervé a effectué les calculs sous STATA et les régressions logistiques à l'aide d'un logisticien sur les données de 2014. Il a contribué fortement à la rédaction du document et a intégré les amendements inhérents à l'atelier de validation. M. DOAMBA Odilon a été une personne ressource qui a appuyé l'équipe sur la rédaction des programmes à partir des données de 2009, et veillé à la cohérence d'ensemble du document. Il a servi d'appui au niveau de la tabulation des données et de la révision du document final. M. NASSA Simon a fourni les données macroéconomiques et les informations sur les comptes nationaux de la santé au Burkina, il a aussi commenté les parties inhérentes à l'utilisation des services de santé. Dr ZAMPALIGRE Fatimata a coordonné l'étude dans son ensemble et apporté les informations relatives à la stratégie d'intervention de l'Etat et des PTF. Elle a mis en relation les résultats obtenus avec la politique actuelle de santé du pays. Dr COULIBALY Seydou a permis à l'étude d'être réalisée sous forme de trois ateliers méthodologiques, il a en particulier orienté l'équipe dans le choix des options admises à l'OMS pour les calculs des dépenses de santé des ménages et encadré les travaux du début à la fin.

Ethics approval and consent to participate

Non applicable.

Consent for publication

Non applicable.

Competing interests

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de conflit d'intérêt

Author's information (optional)

M. GUENE Hervé est ingénieur statisticien-économiste à l'Institut National de la Statistique et de la démographie. Il est le point focal national de l'étude au niveau du Burkina.

M. DOAMBA Odilon est ingénieur statisticien-économiste au ministère de la santé

M. NASSA Simon est économiste de la santé, il travaille sur les comptes nationaux de la santé au ministère de la santé

Dr ZAMPALIGRE Fatimata est le point focal financement de la santé au bureau de l'OMS Burkina Faso

Dr COULIBALY Seydou est conseiller régional en financement de la santé et protection sociale au sein de l'équipe inter pays d'appui technique de l'OMS pour l'Afrique de l'Ouest basée au Burkina Faso

References

Facts reports (2012), Accès aux soins, Financement de la santé et Performance. Numéro spécial 8 | 2012, Coordonné par Martine Audibert.

INSD (2015) Profil de pauvreté 2014 du Burkina

INSD (2015) Tableau de bord social 2014 du Burkina

INSD (2010) Profil de pauvreté 2009 du Burkina

INSD (2010) Tableau de bord social 2009 du Burkina

J. E. GIRARD et V. RIDDE (2000), « L'équité d'accès aux services de santé pour les indigents dans un contexte africain de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako », (disponible à l'adresse [http:// www. geocities. com/valery_ridde/Girard-Ridde_final. Pdf](http://www.geocities.com/valery_ridde/Girard-Ridde_final.Pdf))

Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (2014)

Su TT, Kouyaté B, Flessa S. (2006) catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso.

Valéry Ridde, Loubna Belaid, Oumar Mallé Samb, Adama Faye (2014), les modalités de collecte du financement de la santé au burkina faso de 1980 à 2012.

Xu K. La distribution des paiements de santé et des dépenses catastrophiques : la méthodologie EIP/HSF/DP.05.2 – Discussion Paper 2-2005.