



HAL
open science

L'accès aux services de santé au Burkina Faso : une revue de l'interaction entre les capacités des individus et les caractéristiques du système de santé.

Kadidiatou Kadio, Sarah Louart, Solange Sabiré, Yamba Kafando, Paul André Somé, Valéry Ridde

► To cite this version:

Kadidiatou Kadio, Sarah Louart, Solange Sabiré, Yamba Kafando, Paul André Somé, et al.. L'accès aux services de santé au Burkina Faso : une revue de l'interaction entre les capacités des individus et les caractéristiques du système de santé.. Ramres, Sciences Humaines, 2020, 14, pp.13-42. hal-04670947

HAL Id: hal-04670947

<https://hal.science/hal-04670947v1>

Submitted on 18 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ AU BURKINA
FASO : UNE REVUE DE L'INTERACTION ENTRE LES
CAPACITÉS DES INDIVIDUS ET LES CARACTÉRISTIQUES
DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Kadidiatou KADIO

*Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), CNRST,
Ouagadougou (Burkina Faso)
E-mail : kadioka@gmail.com*

Sarah LOUART

*CLERSE (Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et
Économiques), Université de Lille (France)
E-mail : sarah.louart@gmail.com*

Solange DABIRÉ

*AGIR (Action, Gouvernance, Intégration, Renforcement),
Ouagadougou (Burkina Faso)
E-mail : dabisol@yahoo.fr*

Yamba KAFANDO

*AGIR, Ouagadougou (Burkina Faso)
E-mail : kafandoyamba@gmail.com*

Paul André SOMÉ

AGIR, Ouagadougou (Burkina Faso)

Valéry RIDDE

CEPED (IRD-Université de Paris), Universités Paris Sorbonne Cités

Résumé : L'article fournit l'état des connaissances scientifiques au Burkina Faso sur les facteurs d'exclusion aux soins de santé. Une revue systématique des écrits de type « scoping review » a d'abord permis d'effectuer une synthèse qualitative de 38 publications scientifiques qui ont été organisées selon le cadre du recours aux soins de Levesque (2013). Ensuite, cette synthèse a été utilisée pour animer des ateliers participatifs avec 242 participants (agents de santé, agents de santé communautaires, représentants des usagers) et permis d'identifier de nouveaux facteurs spécifiques à leur contexte local. Les résultats présentent cinq dimensions du système de soins en interaction avec cinq capacités individuelles favorisant ou empêchant l'accès aux soins de santé : l'accessibilité de l'offre et la capacité à percevoir le besoin de santé ; l'acceptabilité de l'offre et la capacité des populations à chercher les soins ; la disponibilité des services et la capacité à les atteindre ; le

coût des services et la capacité à payer ; la pertinence – adéquation des services et la capacité à s'engager. Cette synthèse des connaissances demeure un outil pertinent qui fournit des informations pratiques et opérationnelles pour mettre en œuvre des politiques pour la couverture sanitaire universelle et pour surveiller leur impact sur l'équité.

Mots-clés : Accès aux services de santé, Burkina Faso, Revue systématique, exclusions des services de santé, protection sociale

Abstract: The article provides the state of scientific knowledge in Burkina Faso on the factors that exclude health care. It is a scoping review which made it possible to carry out a qualitative synthesis of 38 scientific publications which were organized according to the framework of the recourse to care by Levesque (2013). This synthesis was then used to facilitate participatory workshops with 242 participants (health workers, community health workers, user representatives) and allowed the identification of new factors specific to their local context. The results present five dimensions of the health care system in interaction with five individual capacities promoting or preventing access to health care: the accessibility of the supply and the capacity to perceive the need for health; the acceptability of the offer and the ability of the populations to seek care; the availability of services and the ability to reach them; cost of services and ability to pay; relevance - adequacy of services and ability to engage. This knowledge synthesis is a relevant tool that provides practical and operational information for implementing policies for universal health coverage and for monitoring their impact on equity

Keywords: Access to health services, Burkina Faso, Scoping review, exclusions from health services, Social protection.

Introduction

Le discours mondial sur la couverture universelle en santé (CSU) affiche l'objectif d'une inclusion de toutes les catégories de populations pour ne laisser personne de côté (OMS, 2014 ; Sidibé, 2016). Au Burkina Faso, l'exclusion des populations pauvres des services de santé depuis des décennies demeure un problème non résolu. Des mesures d'exemptions du paiement des soins, initiées pour favoriser l'accès aux services de santé, restent souvent inefficaces et insuffisantes (Atchessi et coll., 2016 ; Belaid et Ridde, 2014 ; Kadio et coll., 2018). Des difficultés de mise en œuvre de ces politiques persistent et maintiennent l'exclusion : le manque d'informations sur ces initiatives, les coûts

indirects de l'utilisation des services, les conflits d'intérêts des prestataires de soins, la divergence de compréhension sur l'opérationnalisation de l'exemption, etc. (Mladovsky, 2014 ; Ridde et coll., 2018a, 2018b).

Pour améliorer la protection sociale en santé, le Burkina Faso a adopté en 2015 une loi portant Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). Le RAMU prévoit une prise en charge des personnes indigentes et d'autres catégories de personnes vulnérables par l'État. Afin de contribuer à cela, un consortium d'ONG et de chercheurs a choisi de s'appuyer sur la production et l'utilisation de connaissances scientifiques pour mettre en œuvre une vieille citoyenne afin de contrôler l'effectivité des mesures de subventions.

En 2013, une revue des écrits avait permis d'identifier et de décrire la mise en œuvre des trois principaux mécanismes du financement de la santé (Ridde et coll., 2014) sans aborder les barrières au recours aux services de santé. Pourtant, la connaissance de ces barrières demeure indispensable à l'opérationnalisation et à l'atteinte des objectifs du RAMU. La présente recension vise à soutenir l'action du consortium en leur fournissant des connaissances sur les facteurs d'exclusions des soins de santé.

En plus, elle présente un intérêt scientifique, car elle vient combler un manque de connaissance systématique sur les facteurs qui limitent l'accès des soins de santé au Burkina Faso. La revue de la littérature de Ridde et coll. (2014) avait mis l'accent sur les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012. Cette recension avait permis de synthétiser les connaissances sur les principales modalités de collecte du financement de la santé en cours au Burkina Faso : paiement direct au point de service, système de prépaiement et subventions/exemptions. Elle présentait un portrait global qui a permis de comprendre leur mise en œuvre et d'observer leurs effets sur l'équité dans l'accès aux soins. Cependant, une faible attention a été accordée aux facteurs d'exclusions dans des situations de paiement direct, ou celles qui persistent et maintiennent l'exclusion malgré les exemptions/subvention ou le prépaiement.

Cette revue systématique des connaissances scientifiques publiées entre 2013 et 2018 au Burkina Faso porte sur les facteurs qui

limitent le recours aux services de santé en optant pour une démarche méthodologique originale décrite dans la prochaine section.

Approche méthodologique

Nous avons réalisé une revue systématique des écrits de type « *scoping review* ». La démarche méthodologique est structurée selon l'approche proposée par d'Arksey et O'Malley (2005) et améliorée par (Daudt et coll., 2013 ; Degroote et coll., 2018 ; Levac et coll., 2010). Cela implique six étapes. Les cinq premières étapes ont consisté à identifier puis à synthétiser les articles scientifiques, les thèses et mémoires et les rapports de recherche qui ont été publiés entre 2013 et 2018. La sixième étape a consisté à organiser des ateliers de discussions semi-guidés sur la base de la synthèse des publications, pour orienter les réflexions et collecter des données empiriques sur les points de vue d'experts (professionnel de santé, utilisateur des services, leaders communautaires et associatifs). Les paragraphes ci-dessous, présentent la chronologie des six étapes.

La première étape porte sur l'identification de la question de recherche. La revue cherche à fournir l'état des connaissances sur les facteurs d'exclusions des services de santé en contexte de paiement direct, de prépaiement, d'exemption ou de subvention des paiements. L'exclusion n'étant pas uniquement engendrée par les caractéristiques du système de soins, il a été jugé pertinent de considérer l'accès aux soins comme un continuum à plusieurs étapes (Levesque et coll., 2013) dans le but d'identifier l'ensemble des facteurs d'exclusion.

La deuxième étape a concerné la recherche des études pertinentes dans les bases de données. Une liste de mots clés a été établie en incluant des synonymes afin d'assurer une couverture large des articles scientifiques (Annexe 1). Des équations posées à partir de la combinaison des mots clés ont permis d'identifier des articles scientifiques dans quatre bases de données (annexe 2) : Pubmed, Ovid Medline, Ovid Global Health, Proquest. La recherche a ciblé des articles publiés entre le 1er janvier 2013 et le 11 mai 2018 (Tableau 1). Certains documents (thèses, mémoires, rapports d'étude) ont été retrouvés sur internet (Google et Google Scholar) ou dans des centres de documentation universitaires et d'instituts de recherche.

La troisième étape a permis de sélectionner des articles et documents pertinents. La grille Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2009) a été remplie pour assurer la transparence du processus de sélection. Sur 662 références retrouvées, 527 ont été retenues après avoir supprimé les doublons. Ensuite, 83 références ont été présélectionnées sur la base d'une lecture des titres et des résumés et de l'application des critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau 1). Enfin, 45 références ont été exclues à l'issue de la lecture du contenu intégral puisqu'elles ne correspondaient pas à l'objectif de l'étude. La synthèse des connaissances a donc concerné 38 références (Figure 1 et Annexe 3).

Figure 1 : Le Diagramme PRISMA

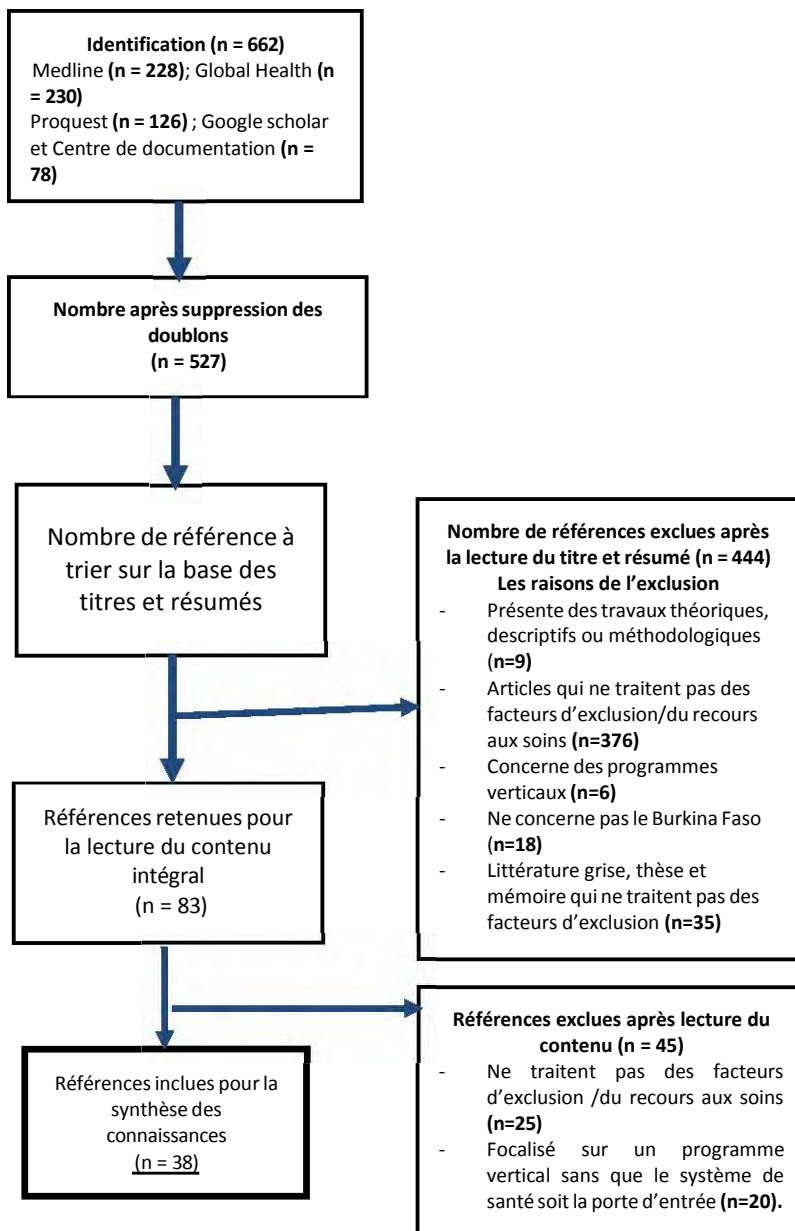


Tableau 1 : Critère d'inclusions et exclusions des articles

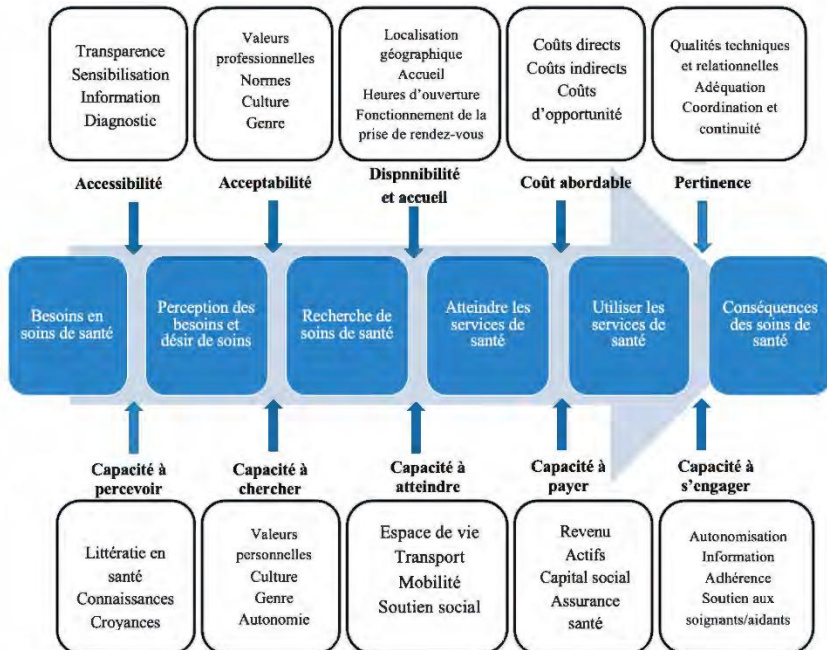
Critères d'inclusions	Critères d'exclusions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Publiés dans une revue avec comité de lecture 2. Publiés entre janvier 2013 et mai 2018 ; 3. Publiés en anglais ou en français ; 4. Traite de facteurs d'exclusions ou de l'accès aux systèmes et services de santé publics au Burkina Faso/facteurs limitant le recours aux soins 5. Concernent des interventions qui visent à améliorer le recours au système de santé publique ; 6. Toutes recherches qui traitent de l'accès/le recours au système de santé, quelle que soit la maladie avec le système de santé comme porte d'entrée 7. Présente des données empiriques/évaluation des interventions pour améliorer l'utilisation des services 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articles non publiés dans une revue avec comité de lecture ; 2. Articles non publiés entre janvier 2013 et mai 2018 ; 3. Articles non publiés en anglais ou en français ; 4. Ne concerne pas le Burkina Faso ; 5. Article scientifique qui ne traite pas des facteurs d'exclusion/recours ; 6. Traite d'une maladie spécifique (p. ex. VIH, tuberculose), sans que le système de santé soit la porte d'entrée (par exemple focalisé sur un programme vertical). 7. Présente des travaux théoriques, descriptifs ou méthodologiques 8. Littérature grise, thèse et mémoire qui ne traitent pas des facteurs d'exclusion

La quatrième étape a consisté à l'extraction des données. Un formulaire d'extraction des données a été conçu sur Excel pour collecter les informations pertinentes en rapport avec la question de recherche (Annexe 4).

La cinquième étape a porté sur la synthèse des données. En somme, 18 sur 38 références ont utilisé une méthode de recherche quantitative, 8 une méthode qualitative et 11 une méthode mixte qui combine les deux premiers. La majorité des études se limitaient à l'échelle d'un district sanitaire (29/38) et seulement 9 à l'échelle du territoire national. Les politiques de subvention partielle et d'exemption totale du paiement des services de santé faisaient l'objet d'étude de 24 références sur 38. Le paiement direct des services de santé a retenu l'attention de 12 références sur 38 et seulement 2 sur 38 ont analysé l'accès aux soins par le canal des mutuelles de santé et les systèmes de prépaiement. Concernant les types de service étudié, l'accès aux services de santé sexuelle et reproduction des femmes a été abordé dans 19 références sur 38, la santé des enfants analysées dans 7 références, l'hypertension le VIH et la tuberculose dans 5. L'analyse de tout type de service on fait l'objet d'étude de 7 études.

Les études incluses ont été synthétisées qualitativement selon les principaux facteurs d'exclusion (financiers et non financiers) puis organisées selon le cadre d'analyse du recours aux soins de santé de Levesque et coll. (2013). Ce cadre a été choisi, car il offre une

conceptualisation large et dynamique considérant le recours aux soins comme un continuum en plusieurs séquences dont la finalité reste l'utilisation des services de santé, c'est-à-dire un accès réalisé. L'accès est défini comme une opportunité ou la possibilité d'identifier les besoins en soins de santé, de rechercher/solliciter des services de soins de santé, d'atteindre les ressources en soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé et de se voir proposer des services adaptés aux besoins en soins (Levesque et al., 2013).



Source : Copyright © 2013 Levesque et coll. (2013), *licensée BioMed Central Ltd, traduit par les auteurs.*

Cette perspective permet d'analyser les facteurs d'exclusions à toutes les étapes du continuum en tenant compte à la fois des caractéristiques des populations et de celles du système de soins. Le recours ou le non-recours aux services de santé est généré par l'interaction entre cinq dimensions du système de soins (accessibilité, acceptabilité, disponibilité, coût des services, adéquation) et cinq capacités individuelles (à percevoir, à chercher, à atteindre, à payer, à s'engager). L'accès réalisé résulte d'une interaction entre les dimensions du système de soins et les capacités des individus, ménages, populations. La variation de l'accès entre les personnes est conceptualisée par Levesque comme des différences dans la perception des besoins en soins, dans la recherche de soins de santé, dans l'atteinte et l'obtention

(ou l'obtention tardive) du type et de l'intensité des services reçus. Ces étapes de la séquence vécue une personne représentent des transitions dans lesquelles des obstacles à l'accès peuvent être révélés.

La sixième étape porte sur la consultation des experts. La synthèse des données effectuées à l'étape précédente a été utilisée pour animer des ateliers participatifs semi-guidés d'une journée dans huit districts sanitaires de la région d'intervention du consortium au Burkina Faso. Ces ateliers ont regroupé 242 participants : 64 agents de santé, 94 agents de santé communautaires, 91 représentants des usagers. Lors de travaux de groupe, les participants ont apprécié les facteurs d'exclusion issus de cette synthèse et identifié de nouveaux facteurs spécifiques à leur contexte local. L'analyse qualitative des discussions en plénière des huit ateliers a mis en exergue les barrières aux recours des soins du point de vue des experts locaux.

Cet article présente donc une synthèse des facteurs d'exclusions issus des écrits scientifiques et des discussions conduites avec les experts en suivant les dimensions du cadre d'analyse de Levesque.

ACCESSIBILITE DE L'OFFRE DE SOIN ET CAPACITE DES POPULATIONS A PERCEVOIR LE BESOIN DE SANTE.

Selon Levesque (2013), l'identification d'un besoin de sante résulte de l'interaction entre la capacite des populations à percevoir ce besoin et l'accessibilité aux services au niveau de l'offre de soins.

L'accessibilité est liée aux informations que les personnes reçoivent sur l'offre de soin et sur la sante tandis que la capacité à percevoir renvoie au fait de savoir que l'on est malade et qu'il existe des services disponibles et efficaces pour se faire soigner. Cette capacité à percevoir est influencée par les croyances et les connaissances sur la sante et les maladies.

L'analyse révèle que le besoin de sante n'a pas souvent été perçu par les populations à cause de la perception ou des idées sur leur état de santé et sur leur maladie. Ilboudo et coll. (2016) ont montré que la perception de la gravité de la maladie (une maladie de maison ou de l'hôpital) influence le recours à un service de santé moderne. En effet, les personnes qui avaient une perception moins grave de leur maladie n'ont pas consulté un professionnel de santé. De même, les hommes qui percevaient avoir couru un très faible risque de contracter le VIH n'avaient généralement pas effectué le test de dépistage disponible dans les formations sanitaires (De Allegri et coll., 2015a). Concernant les soins des enfants, des études (Ilboudo et al., 2016 ; Soura et al., 2013) ont rapporté que certains sont exclus des premiers soins et des vaccins puisque des croyances locales soutiennent que le nouveau-né ne doit pas se trouver hors du domicile avant un certain temps (de 1 à 40 jours). Aussi, les parents qui avaient le moins vacciné leurs enfants ont mentionné la crainte d'une infertilité liée à la vaccination.

Dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des femmes, l'analyse montre que la consultation prénatale (CPN) est perçue également par certaines en zone rurale comme relevant des soins curatifs. Cette perception reste cohérente avec le regard qu'elles portent sur la grossesse, un état naturel, non pathologique qui ne nécessite donc pas un suivi médical. En plus, ces femmes n'avaient pas de connaissances sur les objectifs, les avantages et le calendrier des CPN. Plusieurs ignoraient l'importance de la première CPN au premier trimestre de la grossesse. Certaines fois, le non-recours résulte d'une intériorisation des normes sociales reliées à la procréation. Par exemple, des femmes de 40 ans et plus en milieu rural décident souvent de cacher une grossesse qu'elles considèrent comme « honteuses », voire « une mauvaise grossesse ». Elles choisissent de renoncer aux centres aux santés par peur d'être qualifiées de « vieille qui accouche » par les professionnels de santé (Niang et coll., 2015).

Il apparait également que même en contexte d'exemption du paiement, des femmes ont accouché à domicile, car elles n'ont pas perçu un besoin de santé qui nécessite l'accouchement assisté par un professionnel de santé. En effet, les communautés pensaient que les services de santé ne devaient être utilisés qu'en cas de complications (Belaid and Ridde, 2014). Aussi, le manque d'information sur l'offre de soins et la maladie agit sur la capacité à percevoir la nécessité de recourir aux soins de santé. Druetz et coll. (2015) rapportent que la probabilité d'amener un enfant fébrile dans un centre de santé en tant que premier recours était trois fois plus élevée lorsque le parent avait entendu parler de la suppression des frais d'utilisation et avait connaissance de la gratuité des services. Une situation semblable a été constatée par De Allegri et coll. (2015a) dans une autre région où les hommes qui n'avaient pas effectué le test de dépistage du VIH, disponible au centre de santé et de promotion sociale (CSPS), ignoraient qu'il était gratuit.

En somme, les données illustrent que l'identification d'un besoin de santé est à la fois influencée par les capacités à percevoir des individus (les croyances, perceptions sur la maladie) et les caractéristiques de l'offre de soins (information reçue sur les formes de service existantes et qui peuvent être atteintes). Le prochain paragraphe sera consacré à l'interface entre les dimensions de l'acceptabilité et la capacité à chercher des populations.

ACCEPTABILITE DE L'OFFRE SANITAIRE ET CAPACITE DES POPULATIONS A CHERCHER/SOLLICITER LES SOINS DE SANTE.

L'acceptabilité est le fait que les personnes acceptent et jugent pertinents certains aspects de l'offre de soins. La capacité à solliciter des soins est liée à l'autonomie personnelle de choisir ou de demander des soins, aux facteurs culturels qui peuvent empêcher certaines populations de chercher des soins. L'interface de l'acceptabilité et de la capacité à solliciter influence la perception sur les soins et l'intention

des populations d'obtenir ou non ses soins. Les paragraphes ci-dessous présentent ce qui ressort des données en lien avec ces dimensions.

Les expériences ou les perceptions négatives sur l'offre de soins influencent la façon dont elle se sera jugée et acceptée par les populations. Kouanda et coll., 2016 montre que la crainte d'être réprimandées par le personnel de santé a conduit les femmes qui n'ont pas effectué de CPN à renoncer à un accouchement dans un centre de santé malgré l'exemption du paiement. Certaines femmes ont effectué les CPN, mais ont choisi d'accoucher à la maison en raison d'une expérience préalable négative. Aussi, la peur d'un accouchement par césarienne a incité des primipares à renoncer aux CSPA. Celles-ci percevaient le CSPA comme un endroit transitoire vers l'hôpital de district pour une césarienne. De même, les humiliations vécues par les patientes incitent certaines à renoncer aux services. Des communautés ont souvent vérifié l'identité du soignant de service avant de décider d'utiliser un CSPA, pour s'assurer ne pas subir de mauvais traitements (Melberg et coll., 2016). Une étude rapporte que pendant les CPN, les agents de santé crient, menacent, et prononcent des injures à l'endroit des femmes. Ils disent souvent que leurs vêtements sont sales et lorsqu'elles sont nombreuses en salle d'attente pour la CPN, « ils disent que la salle sent mauvais ». Plusieurs femmes ont été renvoyées des CPN pour motifs de retard à cause de leurs occupations diverses, d'une confusion de jour de rendez-vous du fait de leur faible niveau de littératie ou encore parce qu'il y avait beaucoup de patientes (Niang et coll., 2015).

La perception médiocre de la qualité des soins reste un élément clé pour expliquer la couverture inchangée des accouchements dans certains CSPA, malgré l'exemption totale du paiement (Belaid et Ridde, 2014). Les femmes de ces CSPA ont signalé que les attitudes négatives des agents de santé (grossièretés, hostilités, insultes) et la détérioration des relations entre l'équipe soignante et plusieurs villages demeuraient les principaux obstacles à l'utilisation des services de santé (Belaid et Ridde, 2014). En revanche, le « *leadership* » de l'équipe soignante et la confiance que la communauté accorde aux agents de santé

communautaires étaient des facteurs clés dans l'augmentation immédiate de l'accouchement dans d'autres CSPS (Belaid et Ridde, 2014).

La mauvaise perception sur la confidentialité et l'anonymat des services pour les personnes vivant avec le VIH/Sida dans les CSPS a amené des personnes à ne pas les utiliser (Niang et coll., 2015). Des hommes qui n'ont pas effectué le dépistage du test de VIH, pourtant disponible au CSPS, ont évoqué leur méfiance concernant la capacité des agents de santé à respecter la confidentialité des résultats. Ils craignaient la stigmatisation en cas de résultat positif qui serait divulgué dans la communauté (De Allegri et coll., 2015a). La consultation des experts fait ressortir que des perceptions négatives existent dans les communautés sur les agents de santé (mauvais accueil, incompetents), sur les centres de santé (lieux d'escroquerie des malades) et sur les soins modernes (non efficaces). Ces perceptions sont renforcées par le manque de connaissances et d'informations des populations sur les services de santé et les maladies. Elles circulent sous la forme de rumeurs et contribuent à désinformer et à exclure les communautés des services. Ainsi les jugements négatifs et les doutes des populations sur la qualité de l'offre de soins gratuits inhibent leur capacité à chercher et à recourir à certains services.

Le faible pouvoir ou autonomie de décision des femmes participe au recours tardif aux soins de santé. Elles ne décident pas souvent elles-mêmes de recourir aux soins. Elles doivent souvent obtenir l'aval de la belle-mère ou de l'époux pour un accouchement en CSPS (Belemsaga et coll., 2016 ; Niang et coll., 2015 ; Samb et Ridde, 2018 ; Somé et coll., 2013). Avant la mise en œuvre de la politique de subvention des accouchements, le processus décisionnel d'utilisation d'un centre de santé par une femme dans certains districts était principalement géré par l'époux, ses parents (belle-mère ou beau-père) ou ses frères. La perception de la belle-mère sur l'importance et la nécessité de recourir au centre de santé, ainsi que les expériences positives de l'accouchement à domicile de cette dernière influencent donc sa décision (Somé et coll., 2013). La décision d'utiliser les services post-partum ne dépend pas seulement des mères. Des femmes en couple, particulièrement les primipares, ont suivi la décision du conjoint ou de femmes âgées (Belemsaga et coll., 2016).

En contexte de paiement direct des soins, la faible capacité des femmes à mobiliser les ressources du ménage reste un facteur d'exclusion. Une étude nationale montre que les dépenses de santé sont significativement plus élevées pour les hommes. Ainsi, les adultes actifs de 30 à 59 ans sont plus susceptibles de consulter un prestataire de soins de santé en

cas de maladie (Wouterse et Tankari, 2015). La consultation des experts révèle que les chefs de ménages manifestent souvent une lenteur voire une négligence pour la prise de décision d'utiliser les services de santé. Cela est plus prononcé dans les situations de polygamie, où les décisions concernant les soins de santé sont étroitement liées à la qualité des relations entre le conjoint et l'épouse concernée. Une implication de ces personnes dans les actions de promotion de la santé sexuelle et reproductive peut contribuer à donner plus de place à la femme.

En somme, des perceptions et préjugés existent dans les communautés sur les agents de santé (mauvais accueil, incompetents), sur les centres de santé (lieux d'escroquerie des malades) et sur les soins modernes (non efficaces). Ceux-ci sont renforcés par la faible connaissance des populations sur les services de santé et les maladies. Ils circulent sous la forme de rumeurs et contribuent à désinformer les communautés sur les services de santé. Il ressort de l'analyse que les expériences négatives vécues au niveau de l'offre de soins notamment la stigmatisation et la discrimination, et des caractéristiques des populations telles que le faible pouvoir de décision des femmes influencent l'intention de solliciter des soins dans les centres de santé.

DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET CAPACITE DES POPULATIONS A LES ATTEINDRE.

La disponibilité constitue l'existence physique de ressources sanitaires capables de produire des services (des installations productives) : densité, concentration, distribution, accessibilité du bâtiment, durée et flexibilité des heures de travail, la présence du professionnel de la santé qualifié. La capacité à atteindre les soins de santé est liée à la mobilité personnelle et de disponibilité des moyens de transport, à la connaissance sur les services, qui permet à une personne d'atteindre physiquement les prestataires de services.

Les paragraphes ci-dessous décrivent comment l'interface entre les dimensions de la disponibilité des services et de la capacité à atteindre les soins améliore ou non la décision pour rechercher les soins de santé.

La barrière géographique agit négativement sur la capacité à atteindre les services de santé. Cette barrière apparaît sous plusieurs formes dans notre revue : (1) les longues distances à parcourir pour se rendre au centre de santé ou l'éloignement des formations sanitaires (2) l'accessibilité difficile en raison du mauvais état des routes, des pluies, des rivières ou des inondations et (3) le manque de moyen de transport approprié. Les ménages qui choisissent le traitement à domicile sont généralement éloignés des CSPS (Wouterse et Tankari, 2015). L'accès aux soins prénataux et l'utilisation de la contraception sont beaucoup plus difficiles pour les femmes en milieu rural, particulièrement celles

qui sont éloignées des centres de santé. Cette situation est renforcée par l'absence de flexibilité des heures de service. Par manque de moyen de transport, des femmes qui ont parcouru de longues distances à pied pour se rendre au centre de santé se sont vues refuser les services de CPN pour motif de retard (Niang et coll., 2015). Une étude réalisée dans 24 districts sanitaires a montré que l'éloignement du domicile avec la formation sanitaire réduit la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive (Wulifan et coll., 2017). En effet, se rendre dans un centre de santé distant augmente les coûts directs et indirects pour obtenir des contraceptifs (Ridde et coll., 2015).

L'accouchement à domicile dans le contexte d'exemption totale ou partielle du paiement des soins est lié à la distance et à l'état des routes (Belaid et Ridde, 2014 ; De Allegri et coll., 2015b ; Kouanda et al., 2016 ; Langlois et coll., 2016 ; Ridde et coll., 2015 ; Rossier et al., 2014 ; Samb et Ridde, 2018). L'éloignement des centres de santé exclut les enfants les plus pauvres, malgré l'exemption du paiement (Ridde et coll., 2013). C'est également l'une des causes des accouchements à domicile dans les CSPS, qui n'ont enregistré aucun effet après la mise en œuvre d'une politique de gratuité (Belaid et Ridde, 2014). La proximité avec un centre de santé a été associée aux accouchements assistés par un professionnel de santé dans un quartier précaire urbain (Rossier et coll., 2014). L'enclavement du centre de santé était l'obstacle le plus important à l'accouchement en CSPS et les ménages dans lesquels les femmes ont accouché en CSPS avaient préalablement organisé le transport avant le début de travail (De Allegri et coll., 2015b).

La difficulté que rencontrent certains ménages pour trouver un moyen de transport est une cause de retard dans la prise de décision de recourir à une formation sanitaire (Alam et coll., 2016). L'éloignement des CSPS est la principale raison de l'abandon du traitement des patients tuberculeux (Méda et coll., 2016). Notamment, les frais de déplacement constituent une barrière à l'utilisation des services antituberculeux (Laokri et coll., 2013). Les membres de mutuelle de santé vivant à proximité d'un centre de santé ont plus utilisé les services que les membres éloignés (Parmar et coll., 2013).

Indisponibilité des services et l'accueil inadapté : le récit de vie d'une femme victime d'éclampsie montre qu'elle a été affectée par des pénuries d'abord dans l'approvisionnement en médicaments essentiels, puis par le manque de dispositifs de planification familiale (Storeng et coll., 2013). Les services de CPN sont souvent indisponibles en raison de la mobilisation des agents de santé pour la campagne de vaccination. En plus, le manque de flexibilité sur les heures et les dates contribuent

à exclure les femmes des CPN et des soins post-partum (Belemsaga et coll., 2016 ; Niang et coll., 2015). Des femmes ont exprimé leur frustration concernant l'accès difficile aux services de CPN qui ne sont pas disponibles les après-midis (Melberg et coll., 2016). L'indisponibilité des agents de santé est aussi l'un des principaux obstacles à l'accouchement dans les centres de santé (Belaid et Ridde, 2014). Un accueil et une interaction sans aucune barrière avec des professionnelles de santé favorisent l'intention de rechercher les soins. Selon les experts, dans certains CSPS où les professionnels de santé ne s'expriment pas en langue locale, les patients qui éprouvent des difficultés pour décrire leur mal et pour se faire comprendre hésitent à s'y rendre. De même, l'insalubrité de certains centres de santé (crachats sur les murs, matelas délabrés, présence d'objets tranchants et de déchets, invasion par les animaux) conduit des personnes à ne pas utiliser les formations sanitaires par peur de contracter d'autres maladies. Il ressort des consultations des experts que, l'absentéisme des agents de santé, la délégation des tâches aux stagiaires, les difficultés rencontrées par les patients et leurs accompagnants pour s'orienter ou pour localiser les services (maternité, dépôt de médicaments essentiels génériques) dans les centres de santé, la méconnaissance du fonctionnement des services et des prestations disponibles, contribuent à ce que des personnes renoncent à recourir aux services de santé en cas de maladie. De plus, l'offre de service de nuit est souvent indisponible dans certains CSPS en raison du manque d'éclairage ou d'agents de sécurité. De même, les conflits entre les professionnels de santé pour l'organisation des services et le cloisonnement dans la répartition des tâches rendent souvent les services indisponibles.

En somme, cette section a illustré à travers la littérature et le point de vue des experts que les caractéristiques de la disponibilité de l'offre de soin agissent avec la capacité à atteindre des populations pour susciter la recherche des soins. La prochaine section abordera la dimension coût des services et celle sur la capacité à payer des populations.

COUT DES SERVICES ET CAPACITE DES POPULATIONS A PAYER

Le coût des services de santé prend en compte le coût direct (consommable médicaux) et des dépenses connexes/indirectes (restauration), le coût d'opportunité lié à la perte de temps. Le coût des services interagit avec la capacité à payer des personnes qui renvoient aux possibilités dont ils disposent pour générer des ressources économiques (revenus, épargne, emprunts ou de prêts) qui serviront à payer des services de santé, sans toutefois basculer dans la pauvreté. Cette interaction permet aux populations d'atteindre effectivement les

services. Les paragraphes ci-dessous décrivent ce qu'il en est au Burkina Faso.

La majorité des articles analysés montrent que *le paiement direct au point de service est l'obstacle principal à l'atteinte effective aux services de santé*. Les ménages avec une faible capacité à payer et ceux dirigés par une femme sont plus susceptibles d'opter pour un traitement à domicile. En revanche, être propriétaire de bovins et de terres est positivement associé à la propension à rechercher des soins dans un établissement de santé (Wouterse et Tankari, 2015). Les parents du quintile le plus riche sont beaucoup plus susceptibles que ceux du quintile le plus pauvre de rechercher des soins pour leur enfant soupçonné de pneumonie (Noordam et coll., 2015). Le paiement direct réduit aussi le recours aux soins de santé des personnes atteintes de maladies chroniques. En effet, 35 personnes sur 72 nouvellement dépistées de l'hypertension n'avaient consulté aucun professionnel de la santé. Le manque d'argent était la raison du non-recours aux soins (Doulougou et coll., 2014). Les coûts connexes, le paiement des CPN (Niang et coll., 2015) et des soins post-partum (Belemsaga et coll., 2016 ; Noordam et coll., 2015) font que certaines femmes y renoncent. *La suppression des paiements a permis à des populations en situation de faible capacité à payer d'atteindre les services de santé dont ils ont besoin*. L'exemption du paiement a augmenté la fréquentation des centres de santé pour les enfants de moins de cinq ans malades du paludisme. En plus, l'abolition des frais était associée à une réduction de l'absence d'initiative de recherche de traitement et à une réduction de l'automédication (Druetz et coll., 2015). Il a également été constaté que l'exemption augmente l'utilisation des services pour les ménages pauvres et non pauvres, quelle que soit la distance entre le domicile et le centre de santé (Ridde et coll., 2013). De même, une augmentation immédiate, significative et durable de l'utilisation des services par les enfants de moins de 5 ans (Zombré et coll., 2017) ainsi qu'une augmentation significative du nombre d'accouchements en CSPS par les femmes rurales (Ganaba et coll., 2016) ont été observées. La proportion de femmes qui ont accouché dans un centre de santé a augmenté considérablement avec la subvention, passant de 48,9 % en 2006 à 90,3 % en 2011, tandis que le montant moyen payé a diminué considérablement, passant de 3 827 F CFA en 2006 à 1 523 F CFA en 2011 (Ridde et coll., 2015). *Cependant, malgré l'existence des mesures d'exemptions ou de subvention, certaines barrières financières demeurent*. La subvention partielle du prix des accouchements a eu un impact positif pour les pauvres, mais pas pour les plus pauvres (les femmes du quintile

inférieur), pour qui la barrière financière demeure (Leone et coll., 2016). En effet, les femmes paient en moyenne 1500 F CFA au lieu de 900 F CFA comme prévu par la politique d'exemption partielle pour un accouchement normal (De Allegri et coll., 2015b). Cette exemption partielle des frais à hauteur de 80 % ne permet pas aux personnes les plus pauvres d'atteindre les soins de santé (Ganaba et coll., 2016 ; Langlois et coll., 2016 ; Leone et coll., 2016 ; Ridde et coll., 2015, 2014 ; Witter et coll., 2016). En effet, 7 % de femmes ont déclaré une incapacité à payer et dans certains cas, des femmes ont dû quitter l'hôpital tôt pour des raisons économiques (Ganaba et coll., 2016). Cela montre qu'une subvention partielle n'est pas suffisante pour l'utilisation universelle des services d'accouchements qualifiés. En plus, les coûts connexes tels que la nourriture et l'hébergement demeurent des barrières financières pour les ménages et les patientes à faible capacité contributive (Langlois et coll., 2016).

Des patients tuberculeux ont abandonné leur traitement pour des raisons financières (Méda et coll., 2016). En effet, les frais cachés ou connexes constituent une barrière à l'utilisation des services antituberculeux (Laokri et coll., 2013). Ces coûts cachés découlent de la trajectoire de recherche des soins de la TB, tels que des examens médicaux supplémentaires, des tests de laboratoire et des radiographies. L'exemption du paiement des frais des services anti-tuberculose ne concerne souvent que les trois premiers tests de l'expectoration, les médicaments et le contrôle clinique. L'étude a montré que les pauvres dépensent près d'un cinquième de leur revenu total avant le diagnostic de la maladie (Laokri et coll., 2013), ce qui réduit leur capacité à supporter les coûts cachés et par conséquent les exclut des soins et les empêche de poursuivre le traitement.

Les modalités de certains systèmes de partage des coûts telles que les mutuelles de santé ne favorisent pas toujours l'atteinte des services de santé. Comparativement aux hommes, les femmes risquent d'être exclues des mutuelles si l'adhésion est individuelle en raison de leur faible capacité financière (Ridde et coll., 2014). De plus, le co-paiement ou le ticket modérateur des mutuelles de santé excluent les plus pauvres des services de santé, en raison de leur incapacité à payer (Kadio et coll., 2018).

De la fidélité de la mise en œuvre des politiques d'exemptions. Plusieurs études ont montré que la politique a été mise en œuvre avec une adhésion limitée aux plans initiaux, ce qui a engendré des effets négatifs sur le coût des services et renforce l'exclusion des services de santé (Belaid et Ridde, 2014 ; Ridde et coll., 2015, 2014 ; Samb et Ridde, 2018 ; Witter et coll., 2016). Des coûts qui devaient être couverts par la

politique (transport du centre de santé périphérique à l'hôpital, médicaments, tests de laboratoire) ont été pris en charge par les patientes. Ainsi, des femmes censées avoir été exemptées de frais d'utilisation ont déclaré avoir payé (Ganaba et coll., 2016). Une mère sur six a déclaré avoir payé pour des services dans un établissement de santé publique après l'entrée en vigueur de l'exemption (Abdou Illou et coll., 2015). De même, la non-mise en œuvre de l'exemption totale pour les femmes indigentes a exclu ses dernières des services obstétricaux (Ganaba et coll., 2016 ; Leone et coll., 2016 ; Ridde et coll., 2014 ; Witter et coll., 2016).

En résumé, le coût des services peut être plus ou moins abordable dépendamment de la capacité des personnes à consacrer des ressources et du temps pour l'utilisation. Les services seront financièrement accessibles si le système de soins intègre des mécanismes qui prennent en compte la capacité à payer des personnes. La prochaine section se penche sur l'adéquation de l'offre de service et la capacité des personnes à s'engager durablement.

PERTINENCE OU ADEQUATION DES SERVICES DE SANTE ET CAPACITE DES POPULATIONS A S'ENGAGER.

La pertinence renvoie au fait que les services répondent aux besoins des populations en ce qui concerne la rapidité, la qualité technique et interpersonnelle (manière dont les soins sont fournis), l'intégration et continuité des services. Cette dimension agit sur la capacité à s'engager des personnes (la capacité d'une meilleure observance des traitements) pour susciter l'utilisation continue des services de santé aux besoins.

L'analyse des articles montre que *des facteurs structurels propres aux formations sanitaires, notamment ceux liés à l'organisation des services*, excluent les femmes des services de santé. Les périodes consacrées à l'offre de service de planification familiale (PF) ne répondent pas aux besoins des femmes qui viennent d'accoucher. Un rendez-vous de PF peu de temps après l'accouchement est insuffisant, car plusieurs femmes commencent l'usage d'une méthode contraceptive beaucoup plus tard après une naissance (Rossier et Hellen, 2014). Aussi, le paquet de service incomplet dans les CSPS et inadapté aux besoins des patients tuberculeux est une cause d'abandon du traitement (Laokri et coll., 2013). Une recherche-action a montré que l'approche décentralisée de prestation de service anti-tuberculose répondait mieux aux besoins des communautés et a permis d'augmenter le taux de détection de la tuberculose et du VIH (Méda et coll., 2014). *En contexte de politique d'exemption, la persistance de la pratique du paiement informel*, consistant à exiger des paiements informels et illégaux pour des services officiellement gratuits décourage les

communautés à utiliser les services. Belaid (2014) montre que les prix des médicaments et des consommables n'ont pas été respectés et que

certaines médicaments supposés gratuits ou subventionnés ont été facturés (Belaid et Ridde, 2014). Ces pratiques influencent la capacité à s'engager des personnes, puisqu'elles ont détérioré les relations entre l'équipe soignante et les communautés dans des CSPS où la politique d'exemption n'a pas produit d'effet (Belaid et Ridde, 2014). Ce qui conduit certaines personnes à suspendre ou à renoncer à utiliser les services.

Les effets pervers (effets inattendus) de certaines initiatives locales de promotion de la santé peuvent être des facteurs d'exclusion, car susceptibles d'influencer négativement la capacité à s'engager des personnes. Afin d'inciter les femmes à respecter les visites de CPN ou à accoucher dans les centres de santé, certains CSPS ont décidé d'instaurer une amende. Cette sanction économique, empêche les femmes, surtout les pauvres, de demander des services, même lorsqu'elles avaient besoin de soins. L'une des conséquences est que le respect des CPN est souvent perçu comme une assurance permettant de recevoir un traitement respectueux, à un prix raisonnable si des complications surviennent pendant l'accouchement ou si la mère ou l'enfant tombent malades par la suite (Melberg et coll., 2016). Ainsi, les hommes dans ces CSPS estiment que les agents de santé sont plus enclins à orienter vers l'hôpital régional les femmes qui n'ont pas effectué les CPN recommandées (Melberg et coll., 2016). Cette perception est accompagnée de la peur des dépenses associées à la référence dans un hôpital. Ainsi, les femmes qui n'ont pas effectué toutes les CPN ont de la difficulté à s'engager pour l'accouchement assisté. Elles décident d'accoucher à domicile lorsqu'elles n'ont pas effectué les 4 CPN puisque dans ce cas, s'engager pour un accouchement dans un CSPS expose la femme à un risque de violence verbale et à des dépenses élevées (amende, prescription abusive de médicaments, référence dans un centre de santé plus éloigné ce qui occasionne des dépenses de transport, etc.) (Melberg et coll., 2016). En somme, l'organisation des systèmes de soins non adaptée aux réalités locales et aux besoins de la population et les effets négatifs inattendus de certaines initiatives de promotion de santé ont contribué à réduire la rétention et l'adhésion des personnes à la mise en œuvre, et l'utilisation continue des services de santé.

DISCUSSION

L'originalité et l'intérêt de cette recherche tiennent du fait d'avoir réalisé une synthèse des connaissances qui a été validée par des experts locaux ; sur les facteurs limitant le recours aux soins, quelles que soient les modalités de collecte de financement de santé (paiement direct, subvention/subvention et prépaiement), tout en mettant l'accent sur les facteurs non financiers. Il s'agit d'un outil pertinent et nécessaire pour le suivi et la mise en œuvre des interventions visant la CSU. La plupart des recherches mettent l'accent sur les lacunes des prestations de services, sans tenir compte du fait que l'accès nécessite une interaction entre les services de santé et leur population cible (Bhutta et coll., 2009 ; McIntyre et coll., 2006 ; Penchansky et Thomas, 1981 ; Thiede et Akweongo, 2007). Le fait d'organiser les résultats de la revue selon le cadre conceptuel de Levesque et coll. (2013), qui met en exergue la façon dont les dimensions du système de soins interagissent avec les capacités individuelles pour produire ou empêcher l'accès aux soins de santé, reste une force. Cela permet de percevoir des pistes d'actions pour agir à la fois sur le système de soins et les communautés dans le but de favoriser l'accès aux services de santé.

Les résultats de cette revue concordent avec d'autres recherches qui ont été réalisées au Mali, au Sénégal, au Niger et au Ghana. Elles laissent paraître non seulement la persistance de la barrière financière malgré la mise en place des politiques d'exemption, mais aussi plusieurs facteurs non financiers tels que la barrière géographique, l'influence des perceptions locales sur la maladie, la perception de la qualité des soins et le faible pouvoir de décision de la femme (Agyemang-Duah et coll., 2019 ; Bossyns et coll., 2018 ; Deville et al., 2018 ; Leye et coll., 2013 ; Mladovsky et Ba, 2017 ; O'Connell et coll., 2015 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014 ; Thiede et Koltermann, 2013).

Presque la moitié des études (18/38) ont mentionné la barrière géographique comme facteur d'exclusion des services de santé. Tout comme au Ghana (O'Connell et coll., 2015 ; Thiede et Koltermann, 2013), la complexité des facteurs sous-jacents à la distance en tant qu'obstacle à l'accès n'apparaît pas dans les études quantitatives. En revanche, l'apport des études qualitatives considère le transport comme un lien clé entre l'utilisation potentielle et réelle des services. La barrière géographique apparaît sous plusieurs formes dans notre revue et ailleurs : (1) les longues distances à parcourir pour se rendre au centre de santé ou l'éloignement des formations sanitaires (2) l'accessibilité difficile en raison du mauvais état des routes, des pluies, des rivières ou des inondations et (3) le manque de moyen de transport approprié (O'Connell et coll., 2015 ; Thiede et Koltermann, 2013).

La synthèse révèle que les politiques d'exemptions sont efficaces, mais insuffisantes pour un accès aux services de santé à toutes les catégories de population (Mbaye et coll., 2013) et met en avant l'importance des facteurs non financiers. Des lacunes de mise en œuvre de ces politiques

contribuent parfois à exclure les plus pauvres des services de santé. En effet, le manque de communication sur les maladies, sur les services et sur l'abolition des frais est un obstacle à l'utilisation des services et réduit la capacité des populations à identifier qu'une forme de service existe et peut être atteint. Par exemple, malgré la mise en œuvre du plan Sésame au Sénégal (Leye et coll., 2013 ; Mbaye et coll., 2013), de politiques d'exemptions au Mali et au Niger (Deville et coll., 2018 ; Olivier de Sardan et Ridde, 2014), ou du programme Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP) en faveur des indigents au Ghana (Agyemang-Duah et coll., 2020, 2019), de nombreux usagers continuent de payer ou de ne pas utiliser les services. Cela s'explique par les pratiques de paiement informel de la part du personnel de santé, le manque de communication et de promotion auprès du personnel de santé et des usagers concernant les nouvelles politiques d'exemption (Bossyns et coll., 2018 ; Mladovsky et Ba, 2017 ; Ridde et coll., 2012a, 2012b), ou par les difficultés à naviguer dans les formations sanitaires (Agyemang-Duah et coll., 2020, 2019). Tout cela contribue à renforcer l'auto-exclusion et le non-recours aux services de santé. Les politiques d'exemptions doivent de ce fait intégrer des mesures d'accompagnement pour inclure les personnes particulièrement pauvres et vulnérables (Louart, 2019 ; Ridde et coll., 2019).

Les résultats ont montré que les décisions sont rarement prises de façon isolée, mais qu'elles dépendent plutôt des relations au sein des ménages. Les retards dans l'organisation des transports étaient souvent associés à l'absence du chef de ménage qui est reconnu comme les seuls à pouvoir autoriser et organiser le transport des femmes vers un accouchement assisté. Généralement, les femmes plus jeunes possèdent une faible autonomie vis-à-vis de la recherche de soins puisque la prise de décision sur le sujet incombe le plus souvent en dernier ressort aux hommes. Cette faible autonomie des femmes est également apparue au Ghana comme un facteur d'exclusion. L'époux et la belle-mère étaient considérés comme particulièrement influents pour déterminer la ligne de conduite (O'Connell et coll., 2015 ; Thiede and Koltermann, 2013), puisque la décision sur le traitement était considérée comme la prérogative des hommes et des personnes âgées, car ils ont la « propriété sociale » de l'enfant (Tolhurst et coll., 2008). Même si l'élimination de ces facteurs liés à l'acceptabilité semble complexe, O'Connell et coll. (2015) suggère qu'une action intersectorielle en faveur de l'autonomisation des femmes et la collaboration avec les leaders d'opinion et les décideurs des ménages reste nécessaire pour surmonter les obstacles sociaux qui empêchent la recherche en temps opportun des services de santé. Ainsi, une plus grande implication des

hommes dans les actions de promotion pour le recours aux services de soins maternels et infantiles peut influencer positivement la capacité à chercher des femmes. Des mesures d'accompagnement visant les hommes et agissant sur certaines perceptions collectives liées aux soins de santé peuvent pallier la faible autonomie de décision de la femme et accroître leur capacité à chercher les soins.

Néanmoins, très peu d'études au Burkina Faso ont porté sur le système de prépaiement, alors que la caisse nationale d'assurance maladie vient d'établir une convention avec des réseaux d'appui aux mutuelles de santé pour la prise en charge des personnes indigentes. La mise en œuvre de cette stratégie devrait tenir compte des résultats des recherches précédentes qui soulèvent les facteurs en lien avec la capacité à payer des personnes, mais aussi ceux concernant le fonctionnement et des mutuelles de santé (Kadio et coll., 2018 ; Ridde et coll., 2014). Elle doit également s'accompagner d'une recherche sur la mise en œuvre, afin de produire des connaissances qui contribueront à la reformulation et à son amélioration progressive.

L'une des faiblesses de cette recherche vient du fait qu'elle soit centrée sur les articles scientifiques révisés avec les pairs, et a identifié peu d'articles avec une démarche strictement qualitative en raison certainement de la mauvaise indexation des recherches qualitatives (Atkins et coll., 2008 ; Barroso et al., 2003). Or, pour O'Connell et coll. (2015), les méthodes de recherche qualitative sont essentielles pour comprendre les obstacles non financiers à l'accès aux soins pour élaborer des réponses efficaces. De plus, peu de mémoires, de rapports de recherche, ont été identifiées à cause de la non-indexation de la littérature grise locale dans des bases de données. L'un des défis majeurs est lié au cadre d'analyse. En effet, les dimensions du cadre ne sont pas suffisamment explicitées si bien que les auteurs ont parfois rencontré des difficultés pour classer les facteurs. Cependant, une des forces qui vient parer cette faiblesse concerne la prise en compte des points de vue des experts locaux à travers plusieurs ateliers de discussion.

Conclusion

Cette synthèse apporte une précieuse contribution aux discussions sur la CSU au Burkina Faso. Sur la base d'une analyse approfondie des facteurs d'exclusions financières et non financières à l'accès aux services de santé, elle fournit des informations pratiques et opérationnelles sur la façon dont les acteurs du système de santé peuvent surveiller l'impact des politiques et stratégies de CSU sur l'équité. La revue des écrits et la consultation des experts ont permis

d'identifier des facteurs en lien avec les dimensions du système de soins et d'autres en lien avec les capacités individuelles des populations. Les facteurs concernant l'accessibilité physique et le coût des services, qui influencent grandement le recours aux soins du point de vue des experts, sont beaucoup étudiés. Cependant, l'acceptabilité des services ainsi que les capacités individuelles des populations (à percevoir les besoins, à chercher les services, à atteindre les services et à s'engager) qui sont également jugées importantes par les experts sont insuffisamment abordées dans les études. Pourtant, la qualité médiocre de certains services et leur organisation inadaptée aux besoins ainsi que le manque de littératie en santé entrent en interaction avec des perceptions socioculturelles et religieuses, avec les préjugés sur les agents de santé et le système de soins pour générer le non-recours aux services de santé. La façon dont une maladie est perçue ou interprétée influence le choix du moment et du lieu pour demander les soins (O'Connell et coll., 2015). Des recherches sur ces points apparaissent nécessaires. Il est également important de produire de nouvelles connaissances sur la mise en œuvre des mécanismes de prises en charge des personnes indigentes et sur les systèmes de prépaiement puisque l'État a choisi cette option pour la mise en place du régime d'assurance maladie en 2020.

Références bibliographiques

- Abdou Illou, M.M., Haddad, S., Agier, I., Ridde, V., 2015. The elimination of healthcare user fees for children under five substantially alleviates the burden on household expenses in Burkina Faso. *BMC Health Serv. Res.* 15, 313. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0957-2>
- Agyemang-Duah, W., Peprah, C., Peprah, P., 2020. Factors influencing the use of public and private health care facilities among poor older people in rural Ghana. *J. Public Health* 28, 53–63.
- Agyemang-Duah, W., Peprah, C., Peprah, P., 2019. Barriers to formal healthcare utilisation among poor older people under the livelihood empowerment against poverty programme in the Atwima Nwabiagya District of Ghana. *BMC Public Health* 19, 1–12.
- Alam, N., Chowdhury, M.E., Kouanda, S., Seppely, M., Alam, A., Savadogo, J.R., Sia, D., Fournier, P., 2016. The role of transportation to access maternal care services for women in rural Bangladesh and Burkina Faso: A mixed methods study. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 135.

- Arksey, H., O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 8, 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Atchessi, N., Ridde, V., Zunzunegui, M.-V., 2016. User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services. *Health Policy Plan.* 31, 674–681.
- Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., Volmink, J., 2008. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Med. Res. Methodol.* 8, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-21>
- Barroso, J., Gollop, C.J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P.F., Collins, L.J., 2003. The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. *West. J. Nurs. Res.* 25, 153–178. <https://doi.org/10.1177/0193945902250034>
- Belaid, L., Ridde, V., 2014. Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy Plan.* 30, 309–321.
- Belemsaga, D.Y., Bado, A., Goujon, A., Duysburgh, E., Degomme, O., Kouanda, S., Temmerman, M., 2016. A cross-sectional mixed study of the opportunity to improve maternal postpartum care in reproductive, maternal, newborn, and child health services in the Kaya health district of Burkina Faso. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 135, S20–S26. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.005>
- Bhutta, Z.A., Darmstadt, G.L., Haws, R.A., Yakoob, M.Y., Lawn, J.E., 2009. Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. *BMC Pregnancy Childbirth* 9, S7. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-S1-S7>
- Bossyns, P., Ladrière, F., Ridde, V., 2018. Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne six ans d'expérience au Sénégal rural 2012–2017, in : *Studies in Health Services Organisation & Policy.*
- Daudt, H.M., van Mossel, C., Scott, S.J., 2013. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Med. Res. Methodol.* 13, 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>
- De Allegri, M., Agier, I., Tiendrebeogo, J., Louis, V.R., Yé, M., Mueller, O., Sarker, M., 2015a. Factors Affecting the Uptake of HIV Testing among Men: A Mixed-Methods Study in Rural Burkina Faso. *PLOS ONE* 10, e0130216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130216>

- De Allegri, M., Tiendrebéogo, J., Müller, O., Yé, M., Jahn, A., Ridde, V., 2015b. Understanding home delivery in a context of user fee reduction: a cross-sectional mixed methods study in rural Burkina Faso. *BMC Pregnancy Childbirth* 15, 330. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0764-0>
- Degroote, S., Bermudez-Tamayo, C., Ridde, V., 2018. Approach to identifying research gaps on vector-borne and other infectious diseases of poverty in urban settings: scoping review protocol from the VERDAS consortium and reflections on the project's implementation. *Infect. Dis. Poverty* 7, 98. <https://doi.org/10.1186/s40249-018-0479-3>
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V., Touré, L., 2018. La Couverture universelle en santé au Sahel : la situation au Mali et au Sénégal en 2018. Working Paper du Ceped.
- Doulougou, B., Kouanda, S., Ouédraogo, G.H., Meda, B.I., Bado, A., Zunzunegui, M.V., 2014. Awareness, treatment, control of hypertension and utilization of health care services following screening in the North-central region of Burkina Faso. *Pan Afr. Med. J.* 19. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.259.4707>
- Druetz, T., Fregonese, F., Bado, A., Millogo, T., Kouanda, S., Diabaté, S., Haddad, S., 2015. Abolishing Fees at Health Centers in the Context of Community Case Management of Malaria: What Effects on Treatment-Seeking Practices for Febrile Children in Rural Burkina Faso? *PLOS ONE* 10, e0141306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141306>
- Ganaba, R., Ilboudo, P.G.C., Cresswell, J.A., Yaogo, M., Diallo, C.O., Richard, F., Cunden, N., Filippi, V., Witter, S., 2016. The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: what are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 84. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0875-2>
- Ilboudo, S.D.O., Sombié, I., Soubeiga, A.K., Dræbel, T., 2016. Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé dans la région rurale ouest du Burkina Faso, Factors influencing refusal to consult the health centre in the western rural area of Burkina Faso. *Santé Publique* 28, 391–397. <https://doi.org/10.3917/spub.163.0391>
- Kadio, K., Kafando, Y., Ouedraogo, A., Ridde, V., 2018. Analysis of the implementation of a social protection initiative to admit the poorest of the poor to mutual health funds in Burkina Faso. *Int. Soc. Secur. Rev.* 71, 71–91. <https://doi.org/10.1111/issr.12161>

- Kouanda, S., Bado, A., Meda, I.B., Yameogo, G.S., Coulibaly, A., Haddad, S., 2016. Home births in the context of free health care: The case of Kaya health district in Burkina Faso. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 135.
- Langlois, É.V., Karp, I., Serme, J.D.D., Bicaba, A., 2016. Effect of a policy to reduce user fees on the rate of skilled birth attendance across socioeconomic strata in Burkina Faso. *Health Policy Plan.* 31, 462–471. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv088>
- Laokri, S., Drabo, M.K., Weil, O., Kafando, B., Dembélé, S.M., Dujardin, B., 2013. Patients Are Paying Too Much for Tuberculosis: A Direct Cost-Burden Evaluation in Burkina Faso. *PLOS ONE* 8, e56752. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056752>
- Leone, T., Cetorelli, V., Neal, S., Matthews, Z., 2016. Financial accessibility and user fee reforms for maternal healthcare in five sub-Saharan countries: a quasi-experimental analysis. *BMJ Open* 6, e009692. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009692>
- Levac, D., Colquhoun, H., O'Brien, K.K., 2010. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement. Sci.* 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Levesque, J.-F., Harris, M.F., Russell, G., 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int. J. Equity Health* 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Leye, M.M.M., Diongue, M., Faye, Adama, Coumé, M., Faye, Abdoulaye, Tall, A.B., Niang, K., Wone, I., Seck, I., Ndiaye, P., 2013. Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé Publique* 25, 101–106.
- Louart, S., 2019. La navigation en santé dans les pays à faible revenu : une solution pour permettre aux indigents d'accéder aux services de santé ? (Mémoire de master). Université de Lille.
- Mbaye, E.M., Ridde, V., Kâ, O., 2013. « Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Sante Publique (Bucur.)* Vol. 25, 107–112.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., Whitehead, M., 2006. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Soc. Sci. Med.* 62, 858–865.
- Méda, Z.C., Huang, C.-C., Sombié, I., Konaté, L., Somda, P.K., Djibougou, A.D., Sanou, M., 2014. Tuberculosis in developing

- countries: conditions for successful use of a decentralized approach in a rural health district. *Pan Afr. Med. J.* 17.
- Méda, Z.C., Somé, T., Sombié, I., Maré, D., Morisky, D.E., Chen, Y.-M.A., 2016. Patients infected by tuberculosis and human immunodeficiency virus facing their disease, their reactions to disease diagnosis and its implication about their families and communities, in Burkina Faso: a mixed focus group and cross sectional study. *BMC Res. Notes* 9, 373. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2183-3>
- Melberg, A., Diallo, A.H., Ruano, A.L., Tylleskär, T., Moland, K.M., 2016. Reflections on the unintended consequences of the promotion of institutional pregnancy and birth care in Burkina Faso. *PloS One* 11, e0156503.
- Mladovsky, P., 2014. Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Soc. Sci. Med.* 107, 78–88.
- Mladovsky, P., Ba, M., 2017. Removing user fees for health services: a multi-epistemological perspective on access inequities in Senegal. *Soc. Sci. Med.* 188, 91–99.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., Group, T.P., 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Med.* 6, e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Niang, M., Dupéré, S., Bédard, E., 2015. Le non-recours aux soins prénataux au Burkina Faso, The non-uptake of prenatal care in Burkina Faso. *Santé Publique* 27, 405–414. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0405>
- Noordam, A.C., Carvajal-Velez, L., Sharkey, A.B., Young, M., Cals, J.W.L., 2015. Care Seeking Behaviour for Children with Suspected Pneumonia in Countries in Sub-Saharan Africa with High Pneumonia Mortality. *PLOS ONE* 10, e0117919. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117919>
- O’Connell, T.S., Bedford, K.J.A., Thiede, M., McIntyre, D., 2015. Synthesizing qualitative and quantitative evidence on non-financial access barriers: implications for assessment at the district level. *Int. J. Equity Health* 14. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0181-z>
- Olivier de Sardan, J.-P., Ridde, V., 2014. Une politique publique de santé et ses contradictions : La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. Éditions Karthala, Paris.

- OMS, 2014. Making fair choices on the path to universal health coverage: final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. OMS, Geneva, Switzerland.
- Parmar, D., De Allegri, M., Savadogo, G., Sauerborn, R., 2013. Do community-based health insurance schemes fulfil the promise of equity? A study from Burkina Faso. *Health Policy Plan.*
- Penchansky, R., Thomas, J.W., 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care* 19. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, O., Tiendrebéogo, J., Yé, M., Allegri, M.D., 2015. The impact of user fee removal policies on households out-of-pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *Eur. J. Health Econ.* 16, 55–64. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0553-5>
- Ridde, V., Antwi, A.A., Boidin, B., Chemouni, B., Hane, F., Touré, L., 2018a. Time to abandon amateurism and volunteerism: addressing tensions between the Alma-Ata principle of community participation and the effectiveness of community-based health insurance in Africa. *BMJ Glob. Health* 3, e001056.
- Ridde, V., Belaid, L., Samb, O.M., Faye, A., 2014. Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012. *Sante Publique (Bucur.)* Vol. 26, 715–725.
- Ridde, V., Bonnet, E., Kadio, K., Louart, S., De Allegri, M., 2019. La démographie au secours de la couverture santé universelle : exemples en Afrique de l’Ouest. *Altern. Humanit.* 33–48.
- Ridde, V., Haddad, S., Heinmüller, R., 2013. Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health* 67, 751–757. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202080>
- Ridde, V., Leppert, G., Hien, H., Robyn, P.J., The Allegri, M., 2018b. Street-level workers’ inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: evidence from a cross-sectional survey. *Int. J. Equity Health* 17, 5.
- Ridde, V., Queuille, L., Kafando, Y., 2012a. Capitalisations de politiques publiques d’exemption du paiement des soins en Afrique de l’Ouest. Ouagadougou CRCHUMHELPECHO.
- Ridde, V., Robert, E., Meessen, B., 2012b. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health* 12, 289. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-289>

- Rossier, C., Hellen, J., 2014. Traditional birthspacing practices and uptake of family planning during the postpartum period in Ouagadougou: qualitative results. *Int. Perspect. Sex. Reprod. Health* 40, 87–94.
- Rossier, C., Muindi, K., Soura, A., Mberu, B., Lankoande, B., Kabiru, C., Millogo, R., 2014. Maternal health care utilization in Nairobi and Ouagadougou: evidence from HDSS. *Glob. Health Action* 7, 24351.
- Samb, O.M., Ridde, V., 2018. The impact of free healthcare on women’s capability: A qualitative study in rural Burkina Faso. *Soc Sci Med* 197, 9–16.
- Sidibé, M., 2016. Universal health coverage: political courage to leave no one behind. *Lancet Glob. Health* 4, e355–e356. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30072-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30072-9)
- Somé, D.T., Sombié, I., Meda, N., 2013. How decision for seeking maternal care is made - a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reprod. Health* 10, 8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-8>
- Soura, A., Pison, G., Senderowicz, L., Rossier, C., 2013. Religious differences in child vaccination rates in urban Africa: Comparison of population surveillance data from Ouagadougou, Burkina Faso. *Etude Popul. Afr.* 27, 174–187. <http://dx.doi.org/10.11564/27-2-439>
- Storeng, K.T., Drabo, S., Filippi, V., 2013. Too poor to live? A case study of vulnerability and maternal mortality in Burkina Faso. *Glob. Health Promot.* 20, 33–38. <https://doi.org/10.1177/1757975912462420>
- Thiede, M., Akweongo, P., 2007. Exploring the dimensions of access., in: *The Economics of Health Equity.* (Eds D McIntyre, G Mooney). Cambridge University Press:, Cambridge, pp. 103–123.
- Thiede, M., Koltermann, K.C., 2013. Access to health services: analyzing non-financial barriers in Ghana, Rwanda, Bangladesh and Vietnam using household survey data; a review of the literature. *Rev. Lit. N. Y. UNICEF* 61.
- Tolhurst, R., Amekudzi, Y.P., Nyonator, F.K., Bertel Squire, S., Theobald, S., 2008. “He will ask why the child gets sick so often”: the gendered dynamics of intra-household bargaining over healthcare for children with fever in the Volta Region of Ghana. *Soc. Sci. Med.* 1982 66, 1106–1117. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.032>

- Witter, S., Boukhalfa, C., Cresswell, J.A., Daou, Z., Filippi, V., Ganaba, R., Goufodji, S., Lange, I.L., Marchal, B., Richard, F., 2016. Cost and impact of policies to remove and reduce fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco. *Int. J. Equity Health* 15, 123. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0412-y>
- Wouterse, F., Tankari, M., 2015. Household Out-of-Pocket Expenses on Health: Does Disease Type Matter? *J. Afr. Econ.* 24, 254–276.
- Wulifan, J.K., Mazalale, J., Jahn, A., Hien, H., Ilboudo, P.C., Meda, N., Robyn, P.J., Hamadou, S., Haidara, O., De Allegri, M., 2017. Factors Associated with Contraceptive Use among Women of Reproductive Age in Rural Districts of Burkina Faso. *J. Health Care Poor Underserved* 28, 228–247.
- Zombré, D., The Allegri, M., Ridde, V., 2017. Immediate and sustained effects of user fee exemption on healthcare utilization among children under five in Burkina Faso: A controlled interrupted time-series analysis. *Soc. Sci. Med.* 179, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.027>