



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Mapping et effets des interventions locales sur la réduction de la mortalité maternelle institutionnelle au Burkina Faso en 2012

Présenté par

OUEDRAOGO Talatou Marc

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 04 avril 2013

Devant le jury composé de :

Directeur

Pr Seni Kouanda

*Santé Publique, Institut de
Recherche en Sciences de la
Santé (IRSS)*

Directeur du département Santé de l'Université
Senghor

Pr Seni Kouanda
Enseignant Chercheur, Université de Ouagadougou,
Institut de Recherche des Sciences de la Santé

Pr Hassan Sallam
Gynéco-Obstétricien, Faculté de Médecine Alexandrie

Dr Christian MESENGE

Président

Membre

Membre

Remerciements

Je voudrais adresser mes sincères remerciements à :

- Mon Directeur de département, Dr Christian MESENGE
- Mme Alice MOUNIR, Assistante du Directeur de département,
- Pr Seni KOUANDA, pour la direction de ce travail et l'octroi du stage au sein de l'Equipe de Recherche Interdisciplinaire sur la Santé de Reproduction et le VIH/SIDA (ERIS) ;
- Tous les enseignants du Département Santé
- Le personnel de l'IRSS pour la collaboration : Dr Paulin KABORE, Mme Gisèle YAMEOGO, Mlle Alice BILA ;
- Les Directeurs Régionaux de la Santé et les Médecins Chefs de Districts visités ;
- Ousmane OUEDRAOGO, pour les deux années de convivialité passées ensemble ;
- Dr Lamoussa Emmanuelle ZOURE, Dr Kilea Franck Nazaire GARANET, P. Abel NANEMA, Siméon SAWADOGO du Département Santé.
- La communauté burkinabè d'Alexandrie pour l'esprit de famille durant ces deux années ;
- Toute la communauté senghorienne, particulièrement les collègues du Département Santé : nous sommes à l'aise avec l'affaire là maintenant....

Dédicace

Je dédie ce travail à :

- ***Dassamé Hugues Djamel ;***
- ***Wendkonté Stevens Damien ;***
- ***Mitibkièta Ariel Junior ;***
- ***Patrice, Fidèle, Rosine, Ghislain, Urbain, Gérard ;***
- ***Mes parents à qui je dois surtout la présente formation.***

Résumé

Dans la perspective d'amélioration l'accessibilité financière et géographique aux soins obstétricaux d'urgence en vue d'une réduction de la mortalité maternelle et néonatale, certains districts sanitaires ont mis en place des interventions locales

Objectif

L'objectif était d'étudier les types d'interventions locales de réduction de la mortalité maternelle et leur effet sur les indicateurs de santé maternelle dans les districts sanitaires d'application dans le contexte de politique nationale de subvention.

Méthode

Il s'agissait d'une évaluation de la mise en œuvre et des effets des interventions locales visant à améliorer l'accès aux soins d'urgence obstétricale pour les mères et les enfants. Elle s'est déroulée dans les seize districts sanitaires mettant en œuvre ces interventions de juin à août 2012. Nous avons interviewé les médecins chefs ou les adjoints et les responsables des associations responsables de la mise en œuvre des interventions. Une revue documentaire a été faite avec les responsables de centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du logiciel Excel. Une analyse du contenu a été faite pour les données qualitatives.

Résultats

Les types d'interventions locales sont le système de partage des coûts des districts, l'exemption du paiement direct des soins des ONG, l'exemption du paiement direct des soins des districts (pour l'accouchement assisté et la césarienne). Elles ont émergé dans le contexte de stratégie nationale de subvention des accouchements assistés et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). La mise en œuvre a concerné tous les acteurs locaux. Elles ont permis de rendre gratuit les soins d'urgence obstétricale sauf dans deux districts. Les difficultés rencontrées sont le retard de cotisation et de remboursement, la gouvernance des comités de gestion et des associations, la faible implication des communes et la charge de travail élevée. Toutes ces interventions ont entraîné une amélioration des indicateurs de santé maternelle avec une réduction de la mortalité maternelle dans les districts sanitaires. Tous les acteurs reconnaissent la nécessité de ces interventions.

Conclusion

Cette étude nous révèle les difficultés d'accès aux soins obstétricaux d'urgence malgré la stratégie nationale de subvention. Mais, certains districts ont amélioré cette accessibilité grâce aux interventions locales. Il faudrait un passage à l'échelle du système de partage des coûts.

Mots clés : interventions locales, accessibilité, santé maternelle, Burkina Faso.

Abstract

In the perspective to improving affordability and geographical accessibility of emergency obstetric care to reduce maternal and neonatal mortality, some Health districts have established local interventions.

Objective

The aim of the study was to study the type of local interventions implemented to reduce maternal mortality and their effect on maternal health indicators in the health districts in the context of national subsidy policy.

Method

An assessment was carried out in sixteen districts implementing health interventions from June to August 2012. We interviewed director of Health district and their deputies and head of community associations who implemented interventions. A literature review was conducted with the center of health information and epidemiological surveillance. Data were analyzed with Excel.

Results

The Types of local interventions are the cost-sharing system; the NGOs user fees exemption, the districts user fees exemption care (for deliveries and cesarean). They emerged in the context of the national strategy subsidy of deliveries and obstetrical and neonatal emergencies care. The implementation involved all actors. They helped making free emergency obstetric care in all districts except two. Difficulties are delaying contribution and reimbursement, governance of the COGES and community associations, the low involvement of municipalities and the high workload. All these interventions improved maternal health indicators with a maternal mortality reduction in the health districts. All stakeholders recognize the need for these interventions.

Conclusion

This study reveals the difficulties of access to emergency obstetric care despite of the national subsidies strategy. But some districts have improved the accessibility through local interventions. There should scale up a cost sharing system.

Keywords: local interventions, accessibility, maternal health, Burkina Faso

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ARV : Antirétroviraux

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CISSE : Centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique

CoGes : Comité de gestion

COPISPAC : Comité de pilotage du système de partage des coûts

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

ECD : Equipe cadre du district

HD : Hôpital du district

IMA : Indication maternelle absolue

IOM : Intervention obstétricale majeure

MCA : Médecin chef adjoint

MCD : Médecin chef du district

MILDA : Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PIB : Produit intérieur brut

PTF : Partenaires techniques et financiers

PvVIH : Personne vivant avec le VIH

RMA : Rayon moyen d'action

SONU : Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

SPC : Système de partage des coûts

TDM : Terre des hommes

VIH : Virus de l'immunodéficience acquis

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Table des matières.....	1
Introduction.....	3
1 Problématique.....	4
1.1 Question de recherche.....	6
1.2 Hypothèses.....	6
1.3 Objectifs.....	6
1.3.1 Objectif général :.....	6
1.3.2 Objectifs spécifiques :.....	7
2 Revue de la littérature.....	7
2.1 Définition des concepts et des indicateurs.....	7
2.2 Ampleur des décès maternels.....	8
2.3 Facteurs influençant les décès maternels.....	9
2.4 Les coûts des soins obstétricaux.....	10
2.5 Conséquences des coûts sur l'accès aux soins obstétricaux.....	12
2.6 Conséquences des coûts sur les soins de santé.....	13
2.7 Effets non attendus de la suppression des paiements.....	14
3 Méthodologie de la recherche.....	14
3.1 Cadre d'étude.....	14
3.1.1 Organisation administrative et opérationnelle du secteur de la santé.....	14
3.1.2 Financement de la santé.....	15
3.2 Type d'étude.....	16
3.3 Sites et méthode d'enquête.....	16
3.4 Les variables de l'étude.....	17
3.5 Les contraintes et les limites.....	18
3.6 Considérations éthiques et réglementaires.....	18
3.7 Analyse des données.....	18
4 Résultats.....	20
4.1 Profil des enquêtés.....	20

4.2 Types d'intervention.....	20
4.3 Système de partage des coûts	23
4.4 Exemption de paiement direct des soins	38
4.5 Exemption de paiement direct des soins d'accouchements.....	45
4.6 Exemption de paiement direct des soins de césarienne	47
5 Discussion globale	50
5.1 De l'émergence et la formulation	50
5.2 De la mise en œuvre de l'intervention locale	52
5.3 Des effets de l'intervention locale sur les indicateurs de santé maternelle	55
Conclusion	56
Références bibliographiques.....	59
Liste des figures.....	63
Liste des tableaux	63
Liste des cartes.....	63
Annexes	64

Introduction

« *If you want to reduce poverty, it makes sense to abolish user fees* », tel est le discours tenu par Magaret Chan en 2007, ces mots résument les grandes préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé (2007) concernant les inégalités sociales en santé (Chan, 2007). La maladie occasionne des dépenses pour les soins qui peuvent être catastrophiques pour les ménages ne bénéficiant pas de système de protection sociale. Le système de santé actuel dans les pays en développement repose sur le paiement à l'acte des soins de santé. Mais cette modalité est condamnée par l'OMS qui préconise le prépaiement des soins en dehors de l'épisode de maladie. Ce prépaiement réduit les inégalités sociales de santé et évite la « *iatrogenic poverty* » (Meesen, 2003).

Ce mode de paiement favorise l'exclusion des groupes vulnérables (femmes, enfants et personnes âgées) du système des soins de santé primaires qui n'ont pas la capacité de payer. Cette discrimination entraîne l'absence de recherche de soins en cas de nécessité. Les femmes préfèrent, alors, les soins délivrés par les accoucheuses villageoises. Il en résulte une forte morbidité et mortalité maternelle et néonatale.

Au Burkina Faso, la problématique de l'accessibilité financière des femmes a conduit certains districts sanitaires à initier (ou abriter) des interventions locales. Elles ont pour but d'améliorer l'accessibilité financière et géographique aux soins d'urgence obstétricale des parturientes. Elles impliquent les communautés à la base, grâce à des ONG (Organisation non gouvernementale) par l'intermédiaire de partenaires techniques et financiers (PTF) et l'utilisation des avis d'octroi des crédits de l'Etat. Ces interventions se sont mises en place progressivement à partir de 2001 à travers le pays. Elles devraient permettre de réduire la mortalité maternelle par la levée de la barrière financière.

En plus, l'Etat a mis en place une politique nationale de subvention des accouchements et des SONU au niveau des structures sanitaires publiques à partir 2006. Malgré cette politique, les districts sanitaires ont continué à mettre en œuvre les interventions locales de réduction de la barrière financière.

C'est pourquoi cette enquête a été réalisée afin de décrire et analyser ces interventions locales de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et leur effet sur les indicateurs de santé maternelle dans ces districts.

Afin d'atteindre ce but, le présent mémoire s'articule autour trois parties. La première partie relève la description de la problématique de l'accès aux soins de santé maternelle et ses conséquences. La deuxième partie porte sur la revue de littérature et expose l'ampleur de la mortalité maternelle, les coûts des soins obstétricaux, les conséquences des coûts sur l'accès aux soins obstétricaux et sur les soins de santé. La dernière partie présente la méthodologie de la recherche, les résultats et la discussion.

1 Problématique

«*We know what works* » est la phrase qui est souvent employée lors des conférences internationales pour la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement (Campbell, 2006). En effet, les progrès dans la connaissance de l'épidémiologie de la mortalité et de la morbidité maternelles ainsi que l'expérience acquise sur le terrain ont permis à la communauté internationale de concevoir un programme (la stratégie globale pour la santé de la femme et de l'enfant) dont les actions sont basées sur la preuve scientifique et dont le coût peut paraître relativement faible. L'assistance par un personnel qualifié lors de l'accouchement et la référence à temps de la parturiente pour des soins obstétricaux d'urgence ont été reconnues universellement comme la stratégie prioritaire pour une réduction de la morbidité et la mortalité maternelles (Essendi, 2010).

La mortalité maternelle demeure toujours un problème de santé publique et de développement dans le monde. L'OMS estimait que la mortalité maternelle s'élevait à 287 000 décès à travers le monde en 2010. Ce chiffre est en déclin de 47 % par rapport au niveau de 1990 (WHO, 2010). La réduction de la mortalité maternelle est devenue une préoccupation internationale puisque qu'elle a été inscrite parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (ONU, 2011). Malgré cette réduction substantielle des décès maternels, l'Afrique Sub-saharienne sera la seule région OMS qui n'atteindra pas le cinquième OMD qui est l'amélioration de la santé maternelle avec pour cible une réduction de la mortalité maternelle de 75 % du niveau de 1990 en 2015 (WHO, 2010). C'est en vue d'une accélération de l'atteinte de cet objectif que la stratégie globale pour la santé de la femme et des enfants a été lancée par le Secrétaire Général des Nations Unies en septembre 2010. Elle passe par une mobilisation plus accrue des ressources surtout financières des gouvernements, des organisations de la société civile et des partenaires au développement (ONU, 2011).

Selon ce rapport, 99 % de ces décès se sont produits dans les pays en développement, et 56 % en Afrique Sub-saharienne. Le ratio de mortalité maternelle était de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 dans la zone Sub-saharienne. Le risque de décès maternel était de 1/39 en Afrique et celui le plus bas (1/3600) se retrouvait dans les régions développées (WHO, 2010). En 2010, la majorité des pays classés à ratio de mortalité élevé¹ était d'Afrique Sub-saharienne. En effet, seulement quatre pays (sur 40) ne font pas partie de la région Afrique Sub-saharienne² (Laos, Afghanistan, Haïti et Timor Oriental) (WHO, 2010).

¹ Un ratio de mortalité maternelle supérieure à 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes

² Laos, Afghanistan, Haïti et Timor Oriental

Au Burkina Faso, un des pays les moins avancés du monde, la mise en œuvre de cette stratégie se heurte à la réalité : l'insuffisance du personnel qualifié³ pour l'assistance des accouchements, l'accessibilité géographique et l'accessibilité financière. L'accessibilité géographique à des soins obstétricaux d'urgence, complets et de qualité, nécessite de forts investissements et du temps (distance entre les formations sanitaires périphériques et les centres médicaux avec antenne chirurgicale, la qualité du réseau routier). L'accessibilité financière reste difficile compte tenu du niveau de vie des populations et du désengagement de l'État (coûts des soins, rétrocession des formations sanitaires aux collectivités locales : centre de santé et de promotion sociale (CSPS) aux conseils communaux et hôpital du district (HD) aux conseils régionaux). En effet, 46 % de la population vivent avec moins de 82 000 F CFA par an. Il apparaît donc que demander à ces personnes de payer des soins obstétricaux d'urgence, c'est introduire une barrière à l'accès à ces soins.

Cette réalité a un impact négatif sur la mortalité maternelle. Le ratio de mortalité maternelle était estimé à 300 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (WHO, 2010). Il est classé parmi les pays ayant un taux de mortalité maternelle élevé mais en « *making progress* » pour l'atteinte des OMD (WHO, 2010). En effet, ce ratio a chuté de 57 % par rapport au niveau de 1990 où il était de 700 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (WHO, 2010).

Parmi les différents obstacles à l'accès aux soins (Thaddeus, 1994), la barrière financière est considérée par bon nombre d'auteurs (Say, 2007 ; Bosu, 2007 ; Ouedraogo, 2005) comme l'un des freins majeurs à l'accessibilité, si non à l'utilisation des services de santé (Ministère de la santé, 2006). Pour lever, la barrière financière à l'accès aux services de santé notamment pour l'accouchement, le ministère de la santé du Burkina a procédé depuis 2006 à la mise en œuvre d'une stratégie de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) à hauteur de 80 % de coût estimé. Ainsi le coût d'un accouchement normal dans une formation sanitaire de première ligne coûte 900 FCFA (1,5 €) pour la femme soit 20 % du montant estimé qui est de 4 500 FCFA (6,9 €) (Ministère de la santé, 2006).

Pourtant depuis 1989, le Burkina Faso a mis en place l'Initiative de Bamako. L'objectif de cette initiative est de permettre une accessibilité universelle aux soins de santé en se basant sur la participation communautaire, le recouvrement partiel des coûts et un autofinancement partiel du fonctionnement des services (Kafando, 2006). De nos jours, le constat est que l'initiative n'a pas réussi sur la triade car l'équité d'accès aux soins de santé ne s'est pas réalisée et même s'est aggravée. En effet, des études montrent qu'environ 5 à 30 % de la population est exclue temporairement ou de façon permanente du système de santé à la suite de cette initiative (Kafando, 2006). Au Burkina, le nombre de nouveaux

³ Sages-femmes, gynéco-obstétriques, médecins, infirmiers

contact par habitant est resté stationnaire entre 1990 et 2001 respectivement à 0,23 et 0,22 (Haddad, 2006). En 2010, le taux d'accouchement assisté était de 73 % (Ministère de la Santé, 2011). Une politique de subvention du coût des soins de santé surtout maternels élimine donc une telle barrière et pourrait augmenter l'accès aux services maternels.

Certains districts sanitaires ont décidé grâce à différents mécanismes d'aller plus loin dans la levée de la barrière financière en rendant gratuit ou en réduisant davantage le coût de l'accouchement et des SONU supporté par la femme. Si l'expérience de l'ONG HELP à Dori et Sebba (Ridde, 2010) et de l'expérience du système de partage des coûts du district de Bogodogo (Ouedraogo, 2005) ont été largement documentées, on connaît peu des expériences des autres districts ruraux. En effet, depuis la mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention, aucune étude n'a été réalisée sur ces mécanismes qui se sont développés même après 2006.

D'où l'importance d'évaluer ces interventions locales de réduction de la morbidité et la mortalité maternelles à travers les conditions d'émergence, de mise en œuvre et leur effet sur les indicateurs de santé maternelle dans ces districts.

1.1 Question de recherche

Les interventions locales d'exemption de paiement contribuent-elles significativement à l'amélioration de l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence dans ce contexte de politique nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ?

1.2 Hypothèses

La politique nationale de subvention seule ne permet pas une meilleure accessibilité financière et géographique aux soins obstétricaux d'urgence des femmes enceintes.

Les interventions locales associées à la politique nationale de subvention sont pertinentes pour contribuer à une augmentation de l'accès des femmes aux services de santé de la mère.

1.3 Objectifs

1.3.1 Objectif général :

Etudier les types d'interventions locales de réduction de la mortalité maternelle et leur effet sur les indicateurs de santé maternelle dans les districts sanitaires d'application dans le contexte de politique nationale de subvention.

1.3.2 Objectifs spécifiques :

- Analyser l'émergence et la formulation des interventions locales de réduction de la mortalité maternelle mise en place dans les districts sanitaires
- Déterminer les conditions de mise en œuvre de ces interventions dans ces districts sanitaires.
- Analyser l'effet de ces interventions sur l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle.

2 Revue de la littérature

2.1 Définition des concepts et des indicateurs

- L'intervention locale

L'intervention est l'action d'intervenir dans une situation quelconque. Dans notre contexte, il s'agit d'une action initiée au niveau d'un district sanitaire permettant une facilité d'accès (géographique et financière) aux soins préventifs et curatifs (urgences obstétricales) de toutes les femmes enceintes.

- Le système de partage des coûts

Le système de partage des coûts est un mécanisme de répartition des coûts entre les acteurs du système de référence et d'évacuation en vue d'amoindrir les charges liées au transport et à la prise en charge des soins supportées par le malade et sa famille. Ce système concerne toutes les références/évacuations vers l'échelon supérieur. Mais c'est la question des références/évacuations des urgences obstétricales qui est abordée dans notre étude (Ministère de la santé, 2006).

- L'exemption de paiement

L'exemption de paiement est la suppression du paiement direct au point de service en faveur des utilisateurs des services de santé. Pour le système de référence et d'évacuation, il est pris en charge le transport en ambulance à l'échelon supérieur de soins. Les cibles de l'exemption de paiement direct des soins sont les femmes enceintes, les femmes allaitantes de moins de six mois et les enfants de moins de cinq ans. Notre enquête a porté sur l'exemption de paiement des femmes enceintes (Ridde, 2010).

- Le nombre d'accouchement assisté

Il se définit par le nombre d'accouchements effectués par un personnel qualifié (médecins, infirmiers, sages-femmes ou maïeuticiens, accoucheuses auxiliaires).

Il faut noter que cette définition a évolué au Burkina Faso. Avant 2003, les accouchements effectués par les accoucheuses villageoises ou traditionnelles étaient prise en compte. Mais depuis, cette année, elles sont chargées d'assister et d'accompagner les femmes au niveau des formations sanitaires (Ministère de la Santé, 2012).

- Le nombre de césarienne

Il est défini par le nombre d'interventions chirurgicales faite au cours d'une année pour césarienne suite à des indications maternelle ou fœtale (Ministère de la Santé, 2012).

- Le taux de mortalité maternelle institutionnelle

C'est le rapport du nombre de décès maternels dans les formations sanitaires au cours de la grossesse et 42 jours après l'accouchement sur le nombre de naissances vivantes que l'on multiplie par 100 000. Il n'est pris en compte que les décès maternels qui sont survenus dans les formations sanitaires du district au cours d'une année (Ministère de la Santé, 2012).

- Le nombre d'évacuation pour suite de couches à l'échelon supérieur de soins

C'est le nombre d'évacuations des parturientes vers l'échelon supérieur de soins pour des complications obstétricales nécessitant un plateau technique supérieur pour une meilleure prise en charge. Cet indicateur permet d'apprécier l'efficacité de l'intervention locale sur l'acceptabilité des références des urgences obstétricales par la population (Ministère de la santé, 2012).

2.2 Ampleur des décès maternels

Dans la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10), 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le décès maternel comme tout décès survenu au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans les 42 jours suivant sa fin, quelles qu'en soient la durée et la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite.

En 2010, on estimait à 287 000 décès maternels [230 000 - 398 000] soit un ratio de mortalité maternelle de 210 [170 - 300] décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à travers le monde (WHO, 2010). Le risque global de décès maternels était de 1 sur 180 dans le monde. Il faut noter que ces décès maternels sont en déclin par rapport au niveau de 1990 de 47% (WHO, 2010).

Selon ce rapport (2), 99% des décès maternels survenaient dans les pays en développement et 56% de ces décès avaient lieu sur le continent africain. Le fardeau est donc très lourd. En effet, le ratio de

mortalité maternelle dans les pays en développement est 15 fois plus élevé que dans les pays développés (WHO, 2010). Il est de 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en Afrique Sub Saharienne (WHO, 2010). Les pays les plus touchés sont le Tchad et la Somalie avec des ratios respectivement de 1100 et 1000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (WHO, 2010). L'Afrique subsaharienne reste la partie du monde la plus touchée par cette tragédie humaine (WHO, 2010).

Le décès de la mère est parfois considéré comme le sommet de l'iceberg. En effet les complications suite à la grossesse ou à l'accouchement (morbidité) sont beaucoup plus importantes et ne sauraient se limiter au décès maternel qui est le summum des conséquences. Selon l'OMS, pour 1 femme qui meurt, 30 autres souffrent de lésions, d'infections et d'infirmités pendant leur grossesse ou leur accouchement. L'une de ces complications demeure la fistule vésico-vaginale. En Afrique Sub-saharienne environ 33 500 nouveaux cas sont rencontrés chaque année (Wall, 2006). Les femmes souffrant de ce handicap sont souvent stigmatisées et rejetées par leur conjoint et leur entourage. Ce qui fait d'elles des exclues de la société.

Sur le plan social, la perte d'une personne est toujours traumatisante et si cette personne est une mère, la survie des enfants et celle de la cellule familiale sont parfois menacées. Après un décès maternel, le risque de décès du nouveau né est 15 fois plus que dans la situation la mère est vivante (Grabrysch, 2009; Izugbara, 2010).

Sur le plan économique, un décès maternel entraîne une diminution du revenu familial. Une étude dans plusieurs pays du Commonwealth a montré que les femmes contribuaient à près de 50% des revenus chez un quart des familles dirigées par un homme (Perkins, 2009).

2.3 Facteurs influençant les décès maternels

Le cadre théorique qui décrit mieux les causes de décès maternel reste celui de Thaddeus et Maine. D'autres auteurs ont identifié ces facteurs allant des facteurs social, économique et géographique qui contribuent à une sous utilisation des services de santé maternelle pour l'accouchement. Ce cadre résume les trois retards mortels pour la mère :

1. retard dans la prise de décision de se rendre dans un centre de santé : une méconnaissance des signes de dangers, une capacité financière très limitée des ménages, un faible pouvoir de décision de la femme et l'organisation des services de santé sont souvent classés comme facteurs responsables de ce retard

2. retard dans l'accès à la formation sanitaire : les obstacles causant ce retard sont les longues distances à parcourir, le manque de moyens de transport approprié ou son coût élevé, le mauvais état des routes;
3. retard dans l'accès aux soins : l'insuffisance en personnel qualifié, l'insuffisance de l'équipement et des infrastructures, les coûts des soins, la faible motivation du personnel en sont les causes citées (Thaddeus, 1994).

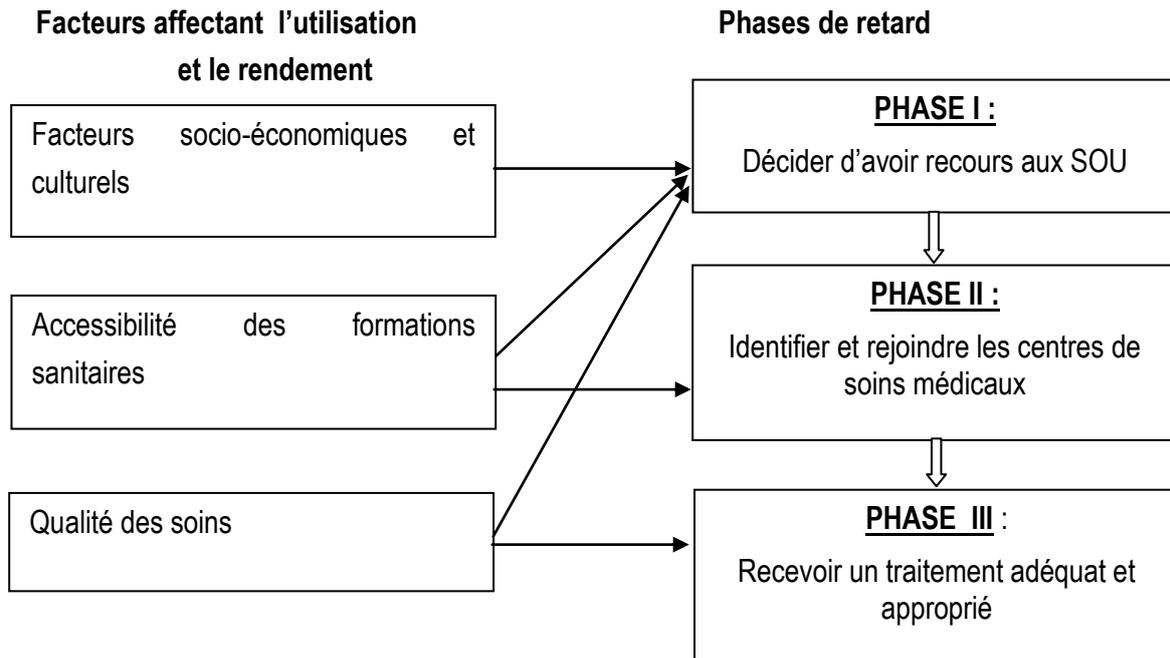


Figure 1: Le modèle des trois retards (Thaddeus, 1994)

Au regard de ces trois retards, les aspects financiers se retrouvent à tous les niveaux. Le fait de devoir payer pour obtenir un accouchement assisté par une personne qualifiée pourrait empêcher les familles moins nanties d'envoyer les femmes dans les formations sanitaires. L'incapacité d'honorer les frais de déplacement par ambulance (lors d'une référence) et de faire face aux dépenses de médicaments à tous les niveaux ne feront que retarder la prise en charge de la femme en grossesse. La gratuité des accouchements viendrait alléger ce fardeau des populations et éloigner le spectre de la mort maternelle.

2.4 Les coûts des soins obstétricaux

Les coûts des soins obstétricaux sont diversifiés et dépendent du lieu d'accouchement. Le coût total dépasse généralement le montant des frais médicaux associés aux soins, car il comprend le transport (si l'accouchement a lieu dans un établissement de soins), le coût en temps, ainsi que les paiements

non officiels associés aux soins. Il peut également inclure le coût du transfert du nouveau-né vers un service adapté en cas de complications néonatales après l'accouchement. Le Tableau 1 donne une grille d'analyse du coût des soins en fonction du lieu d'accouchement.

Tableau 1: Classification des coûts pour le ménage en fonction du lieu d'accouchement (Borghi, 2008).

Types de coût	Accouchement dans une structure de soins	Accouchement à domicile
Tarification des prestations dans les formations sanitaires	Enregistrement, frais d'accouchement, frais d'hospitalisation, tests de laboratoire, blanchisserie, nourriture, médicaments et consommables pour la mère et pour l'enfant. Frais de chirurgie en cas de complications.	Ne s'applique pas
Frais supplémentaires	Cadeaux distribués au personnel, médicaments et autres achats faits par la patiente, nourriture et matériel de toilette amenée par la patiente.	Cadeau pour l'accoucheuse, médicaments, nourriture, matériel de toilette et kit d'accouchement le cas échéant
Frais de transport	Depuis et jusqu'à la structure de soins pour la mère et le nouveau-né.	Ne s'applique pas
Coûts d'opportunité en temps	Prise en compte du temps des personnes qui accompagnent la femme dans la formation sanitaire	Estimé à zéro puisque l'accompagnant peut généralement continuer ses autres activités.

Dans les pays en développement, les coûts de santé sont considérés comme catastrophiques lorsqu'ils dépassent les 10% des revenus des familles (Borghi, 2008). Mais le revenu des familles est souvent difficile à obtenir si bien que les chercheurs se contentent du Produit Intérieur Brut (PIB) pour l'appréciation des dépenses santé.

En utilisant ce seuil, le coût des soins pour un accouchement normal représente environ 10% du PIB, à l'exception du Burkina Faso et de la Tanzanie où il est respectivement de 8 % et de 6% (Wilkinson, 2001). Le coût d'un accouchement compliqué représente par rapport au PIB : 10 % en Tanzanie, 16 % au Burkina Faso, et 35 % au Kenya (Wilkinson, 2001).

Au Burkina, malgré une proportion en dessous de 8 % le coût de l'accouchement peut être considéré comme non abordable par la plupart des ménages au regard de l'ampleur de la pauvreté (45 % de la population).

La prédiction des complications d'une grossesse est souvent très aléatoire. Les consultations prénatales (CPN) avaient été considérées comme pouvant jouer ce rôle de prédiction, mais des études ont prouvé leurs limites prédictives (Joud, 2002 ; Storeng, 2008). C'est dire que les dépenses pour un accouchement peuvent donc fluctuer en fonction de la survenue ou pas de complications. Il apparaît donc difficile de savoir à l'avance combien une famille devra payer pour l'accouchement.

Au Burkina, les femmes hospitalisées pour des complications de grossesse potentiellement létales avaient plus fréquemment déclaré avoir dépensé leur épargne, emprunté de l'argent ou vendu leurs biens que les femmes qui avaient eu un accouchement sans complications dans les mêmes hôpitaux (Onah, 2006). Dans une autre étude au Burkina Faso, seules 51% des femmes qui avaient nécessité un transfert vers une structure de référence avaient disposé de suffisamment d'argent pour le payer (Borghi, 2008). Trouver l'argent pour payer le transport et les soins prend du temps et retarde l'accès au traitement, ce qui aggrave la morbidité maternelle et néonatale et augmente les risques de décès pour la mère et l'enfant (Izugbara, 2010).

Bien que des systèmes d'exemption pour protéger les pauvres existent parfois dans les structures de santé, ils ne sont pas toujours appliqués. Au Burkina Faso, ceux qui répondent aux critères d'exemption n'y accèdent souvent pas, et ce à cause de retards administratifs ou de problèmes pratiques liés à l'application de la politique (Ridde, 2012). Dans de nombreux contextes, les contraintes structurelles pour accéder aux mécanismes de protection sont aggravées par la stigmatisation sociale associée au fait d'être « étiqueté » comme pauvre, et par la crainte des patients de recevoir des soins de moindre qualité une fois qu'ils auront été identifiés comme incapable de payer.

2.5 Conséquences des coûts sur l'accès aux soins obstétricaux

L'évaluation du taux d'accouchements avant et après l'introduction de la tarification des prestations à la charge des utilisateurs montre dans la plupart des cas une réduction du nombre d'accouchements dans les structures de soins (Babalola, 2009 ; Gage, 2007 ; Richard, 2008). Au Nigéria, le nombre d'accouchements a chuté de 46 à 50% suite à l'introduction de la tarification des prestations dans un hôpital (1983-1988) (Babalola, 2009).

La Bolivie a connu une augmentation spectaculaire de la demande de soins prénatals et de soins aux parturientes lorsque le système de tarification des prestations a été supprimé suite à la mise en place du régime d'assurance sociale (Pooley, 2012).

Dans la plupart des pays à revenus élevés, le système de financement de la santé assure une couverture de soins universelle, que ce soit via les impôts ou via une assurance sociale en matière de santé, évitant ainsi aux ménages de payer de leur poche les soins quand ils en ont besoin. Dans les pays à faibles ressources, les ressources gouvernementales étant limitées, les ménages contribuent souvent directement au financement de la santé en payant les soins au moment et à l'endroit où ils sont reçus (système de tarification des prestations à la charge des utilisateurs) (Haddad, 2006).

La grossesse et l'accouchement ne font pas exception à cette pratique. Les familles qui vivent déjà dans une pauvreté chronique sont souvent prises au dépourvu et ne peuvent accéder à ces soins appropriés. Et ce manque de soin occasionne soit la mort ou engendre un handicap grave chez la femme, le fœtus ou le nouveau-né, ou même chez les deux. Le coût des soins obstétricaux a, dès lors, des implications sur la survie et le bien-être des femmes et des nouveau-nés, ainsi que sur l'économie des ménages.

2.6 Conséquences des coûts sur les soins de santé

Bien que la recherche soit rare dans ce domaine, il est communément admis que les femmes qui, pour des raisons financières, ne reçoivent pas tous les soins de santé nécessaires pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum courent le risque de récupérer moins rapidement de leur grossesse et de leur accouchement, mais aussi de souffrir de problèmes de santé physique et mentale (Gabrysch, 2009). De plus, le stress économique est un facteur de risque pour les troubles mentaux (Say, 2007) et peut être associé à des symptômes psychologiques néfastes lorsqu'il est lié à des soins obstétricaux d'urgence inabordables (Ridde, 2011).

Au Burkina Faso, les femmes qui ont survécu à des complications de grossesse sont plus susceptibles d'avoir été victimes de troubles mentaux dans les premiers mois post-partum que celles qui ont eu un accouchement normal. L'interaction entre les traumatismes physiques liés aux complications médicales et la catastrophe économique qui s'en est suivie augmente globalement la probabilité que ces femmes déclarent que leur grossesse a eu un impact négatif sur leurs relations sociales et leurs moyens de subsistance (Ridde, 2011).

En somme, le manque de soins obstétricaux financièrement accessibles peut également jouer un rôle dans la réduction de la demande de soins en post-partum. Les femmes et les familles peuvent percevoir ces soins comme une charge financière supplémentaire et non essentielle.

Le coût élevé des soins lors de l'accouchement pourrait également affecter la capacité à payer pour les services de prévention, tels que les soins du nouveau-né et la planification familiale pendant le post-

partum. Néanmoins, d'autres investigations sont nécessaires pour confirmer ces interactions (Penfold, 2007).

2.7 Effets non attendus de la suppression des paiements

S'il est vrai que la suppression des paiements dans les formations sanitaires entraîne des effets bénéfiques sur le niveau de fréquentation, il a été notifié aussi des effets inattendus.

Cette augmentation de l'utilisation des services n'est pas accompagnée par une augmentation du nombre de personnel. La charge de travail est donc accrue pour le personnel présent. Le temps consacré à un patient est souvent réduit (Ridde, 2011).

Des problèmes de qualité des soins ont été relevés et cela est expliqué principalement par le manque de préparation de la mise en œuvre de la gratuité. Les problèmes de disponibilité des médicaments sont observés dans les pays ayant adopté une politique de gratuité des soins (Afrique du Sud, Madagascar, Ghana) (Ridde, 2011).

Aussi au niveau des formations sanitaires, le paiement des actes constituait une source de financements importante. L'abolition de ce paiement entraîne donc une perte pour ces formations et certaines dépenses deviennent impossibles sans des fonds compensatoires (Ridde, 2011).

3 Méthodologie de la recherche

3.1 Cadre d'étude

Notre cadre d'étude est le Burkina Faso. Il se situe au cœur de l'Afrique de l'Ouest et couvre une superficie de 274 200 km². Il est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger, au Sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin. Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat de 2006, sa population est estimée à 14 017 262 habitants (Ministère de la santé, 2011).

3.1.1 Organisation administrative et opérationnelle du secteur de la santé

Sur le plan de l'organisation administrative, le système sanitaire est divisé en 13 régions et 70 districts en 2011. Sur le plan de l'opérationnalité, le système de santé du Burkina comprend trois niveaux (Ministère de la santé, 2011) :

- le premier niveau est le district sanitaire qui comprend deux échelons : le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) ayant comme niveau de référence les hôpitaux du district (HD) au

niveau de chaque district sanitaire. Cependant tous les districts ne disposent pas d'hôpitaux du district (44 HD en 2011).

- Le second niveau est le centre hospitalier régional (CHR) qui est le niveau de référence du district; toutefois, l'on constate que tous les 9 CHR sont en même temps des niveaux de références de districts.
- Le troisième niveau est celui des centres hospitaliers universitaires (CHU) qui sont au nombre de 3. C'est le niveau de référence le plus élevé du système de santé au Burkina.

3.1.2 Financement de la santé

Le financement du secteur de la santé est assuré essentiellement par le budget de l'Etat. En effet, ce budget supporte la politique de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour la période 2006 – 2015 pour 30 milliards de F CFA dont un fond d'indigence de 5 milliards ce qui représente environ 23 % des accouchements attendus (Ministère de la santé, 2006). La part du budget a connu une augmentation ces dernières années pour atteindre 9.1 % (Ministère de la santé, 2011).

Le Burkina Faso, dans la recherche d'une meilleure adaptation de son système de santé aux besoins des populations en matière de santé, expérimente plusieurs mécanismes de prise en charge des malades. Au titre des systèmes existants de prise en charge et / ou de paiement des soins de santé pour les populations, nous pouvons citer :

- la gratuité de la prise en charge du paludisme (dotation de kit d'urgence dans les cas de paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes,
- la gratuité des consultations prénatales (CPN).
- la dotation de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) à toute la population et de la Sulfadoxine Pyrimétamine pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes,
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV) (gratuité des vaccins et consommables pour les enfants de 0 à 11 mois),
- la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre (dotation de produits pharmaceutique, financement de la recherche des cas),
- la gratuité des ARV pour les personnes vivant avec le VIH (PvVIH).

3.2 Type d'étude

Il s'agit d'une évaluation de la mise en œuvre et des effets des interventions locales visant à améliorer l'accès aux soins d'urgence obstétricale pour les mères.

3.3 Sites et méthode d'enquête

L'enquête a concerné les districts mettant en œuvre une intervention locale de réduction de la mortalité maternelle. La liste des districts a été obtenue au-près de la Direction Générale de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) du Ministère de la santé qui avait procédé à un recensement des districts sanitaires mettant en œuvre des interventions locales de réduction de la mortalité maternelle. Au niveau de ces districts, des informateurs clés (Médecin chef du district, Médecin chef adjoint et Responsable d'association) ont été enquêtés. Ce sont seize districts répartis sur 10 régions sanitaires du pays.

Tableau 2: Répartition des districts selon la région sanitaire

N°	REGIONS	DISTRICTS
01	Région de la Boucle du Mouhoun	District sanitaire de Tougan
02	Région du Centre	District sanitaire de Bogodogo ex. 30
03	Région du Centre Est	District sanitaire de Koupèla District sanitaire de Ouargaye District sanitaire de Zabré
04	Région du Centre Nord	District sanitaire de Kaya
05	Région du Centre Sud	District sanitaire de Po
06	Région de l'Est	District sanitaire de Bogandé District sanitaire de Fada District sanitaire de Pama District sanitaire de Diapaga
07	Région des Hauts Bassins	District sanitaire de Orodara
08	Région du Nord	District sanitaire de Segouénéga
09	Région du Plateau Central	District sanitaire de Zorgho
10	Région du Sahel	District sanitaire de Sebba District sanitaire de Dori

L'enquête a été réalisée durant la période de mi-juin à mi août 2012 (deux mois) au Burkina Faso. Il n'a été retenu que les districts d'application d'une intervention locale depuis au moins deux ans au moment de l'enquête. Ces interventions sont de quatre types (le système de partage des coûts, l'exemption du paiement direct des soins, l'exemption du paiement direct des soins pour l'accouchement assisté et l'exemption du paiement direct des soins pour la césarienne).

Au niveau de chaque district retenu, la revue documentaire a été réalisée au-près des responsables du Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (CISSE) pour le recueil des indicateurs de santé maternelle de 2000 à 2011 et avec les responsables des associations de mise en œuvre des interventions. Cette collecte s'est faite à partir des différents supports (rapports mensuels, les plans d'action, les rapports de progrès) et l'analyse des documents officiels des différentes interventions locales.

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été menées avec les Médecin-chef du District et/ou leur adjoint et les responsables de l'association responsable de l'intervention au niveau communautaire ou du district.

Le recueil des données sur l'émergence et la formulation de l'intervention, les conditions de mise en œuvre et les perspectives a concerné toute la période de l'intervention jusqu'au moment de l'enquête. L'effet induit par l'intervention sur les indicateurs de la santé maternelle a été évalué sur la période de 2000 à 2011.

3.4 Les variables de l'étude

Les variables utilisées pour expliquer l'émergence et la formulation de l'intervention sont la justification, les sources et les mécanismes de financement, la structure responsable de sa mise en œuvre, les modalités d'intervention et les domaines concernés avec les groupes cibles. Celles expliquant les conditions de mise en œuvre sont le suivi-évaluation, les difficultés rencontrées, l'atteinte des objectifs et la valeur ajoutée par rapport à la politique nationale de subvention. Enfin, les variables expliquant l'effet de l'intervention sur les indicateurs de santé maternelle sont le nombre d'accouchements assistés, le nombre de césarienne, le taux de mortalité maternelle institutionnelle et le nombre d'évacuation pour suites de couche à l'échelon supérieur de soins.

3.5 Les contraintes et les limites

Les difficultés rencontrées au cours de notre enquête étaient les mauvaises conditions de transport (saison pluvieuse avec les routes non praticables, la rareté de véhicules de transport entre ces districts) et l'indisponibilité des acteurs et des supports nécessaires (problème d'archivage).

Les contraintes de budget et de temps n'ont permis de réaliser l'étude que dans les districts du pays. Cela, nous aurait permis de faire la comparaison entre les deux groupes (district avec intervention locale et district sans intervention locale) avec comme dénominateur commun à ces deux groupes la mise en place de la politique nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Notre étude présente quelques limites. Il s'agit d'une enquête d'observation. Certains facteurs individuels comme le degré de satisfaction des bénéficiaires ne sont pas mesurés et des facteurs d'implication des autorités communales dans le système de partage des coûts. La mortalité maternelle ne concerne que celle notifiée au niveau des formations sanitaires.

3.6 Considérations éthiques et réglementaires

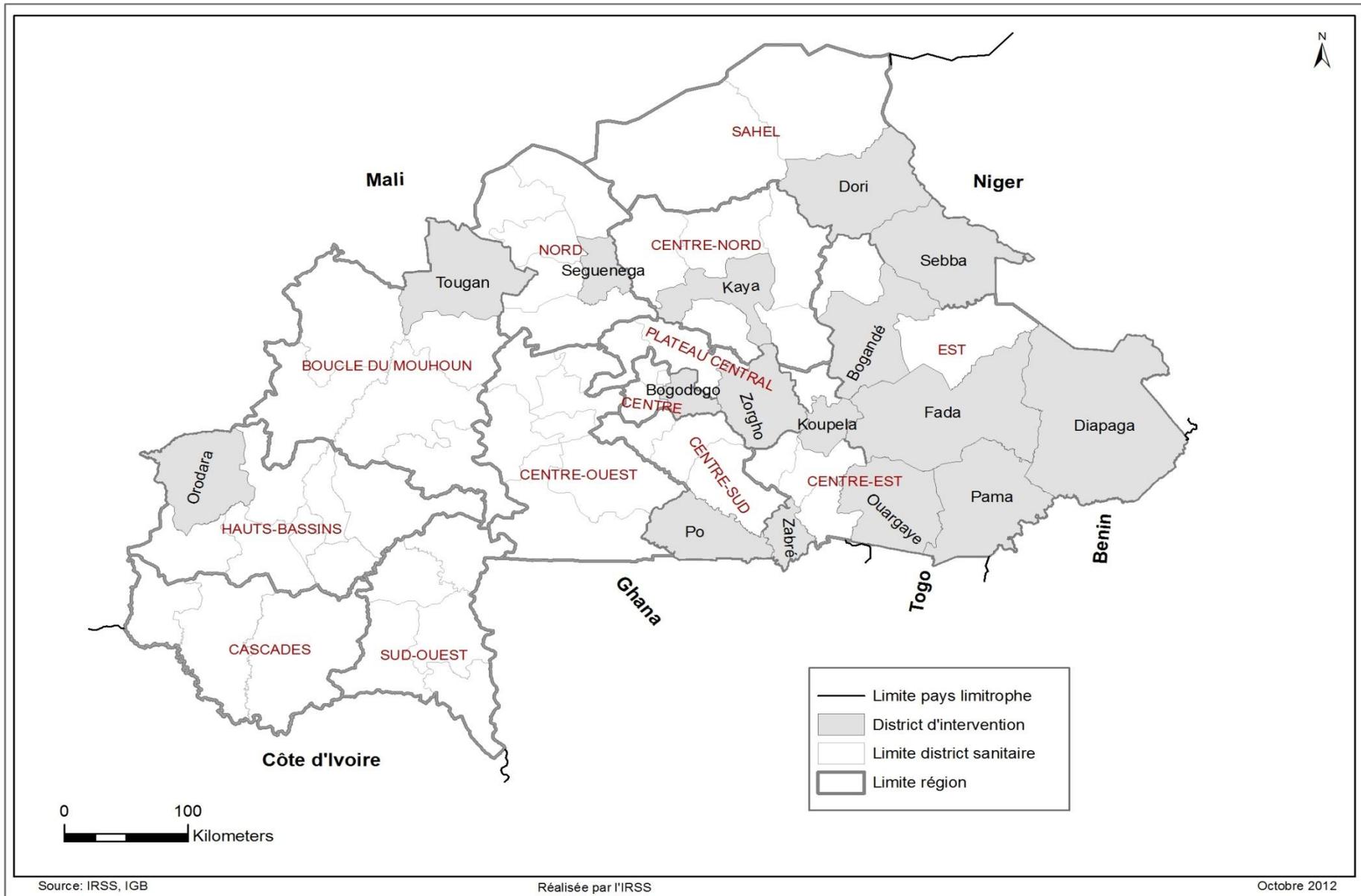
Nous avons obtenu l'autorisation écrite des autorités ministérielles pour mener cette étude évaluative. Le protocole a été validé par le comité national d'éthique du pays. Aussi, les autorités régionales ont marqué leur accord lors de nos différents déplacements dans les districts sanitaires.

Pour les considérations éthiques, le consentement éclairé a été obtenu avant l'interview. Nous avons assuré la confidentialité des réponses.

3.7 Analyse des données

Les données qualitatives codées et quantitatives ont été saisies sur Excel. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de ce logiciel. L'analyse du contenu a été faite pour les données qualitatives.

Carte 1: Les districts ayant mis en œuvre des interventions locales au Burkina Faso en 2012.



4 Résultats

4.1 Profil des enquêtés

Pour aboutir à ces résultats nous avons réalisé 27 entrevues individuelles semi structurées et la revue documentaire avec les responsables de centre d'information sanitaire et surveillance épidémiologique dans tous les districts.

Pour les entretiens, nous avons pu rencontrer treize Médecins-chefs de District (MCD), trois Médecins Chefs Adjoints (MCA) et dix responsables du comité de pilotage du système de partage des coûts (SPC). Ces responsables étaient des membres du Comité de Gestion (CoGes) des formations sanitaires.

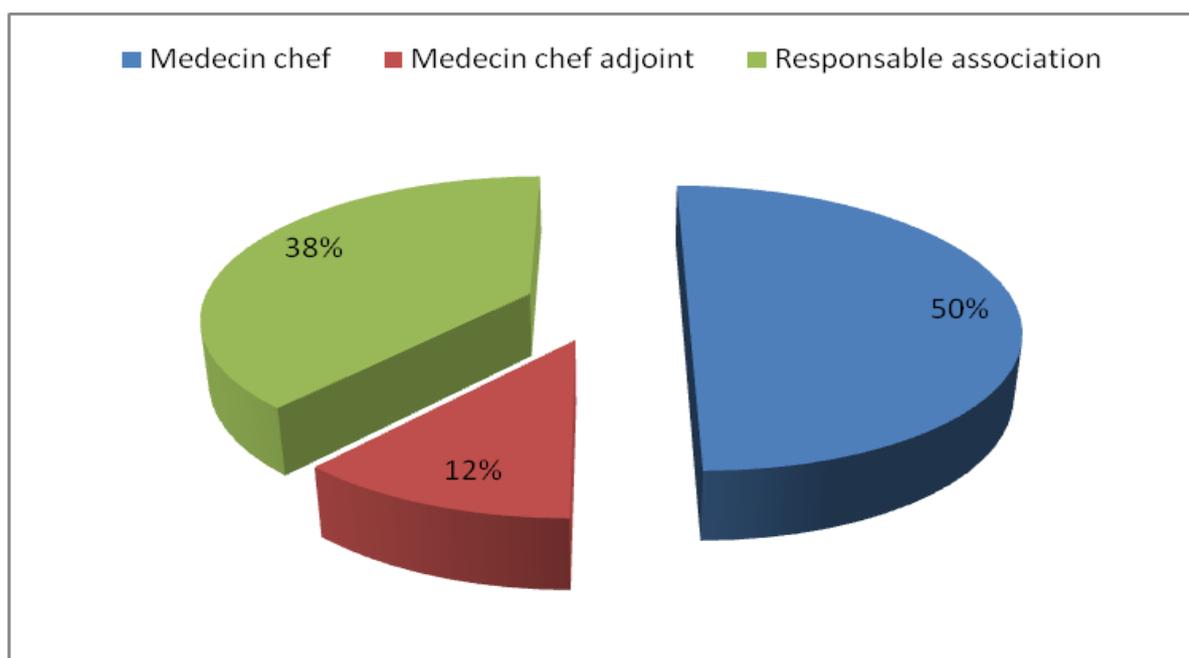


Figure 2: Répartition des personnes enquêtées selon leur fonction

4.2 Types d'intervention

Les interventions rencontrées sont : le système de partage des coûts, l'exemption du paiement direct des soins, l'exemption du paiement direct des soins pour l'accouchement assisté, l'exemption du paiement direct des soins pour la césarienne.

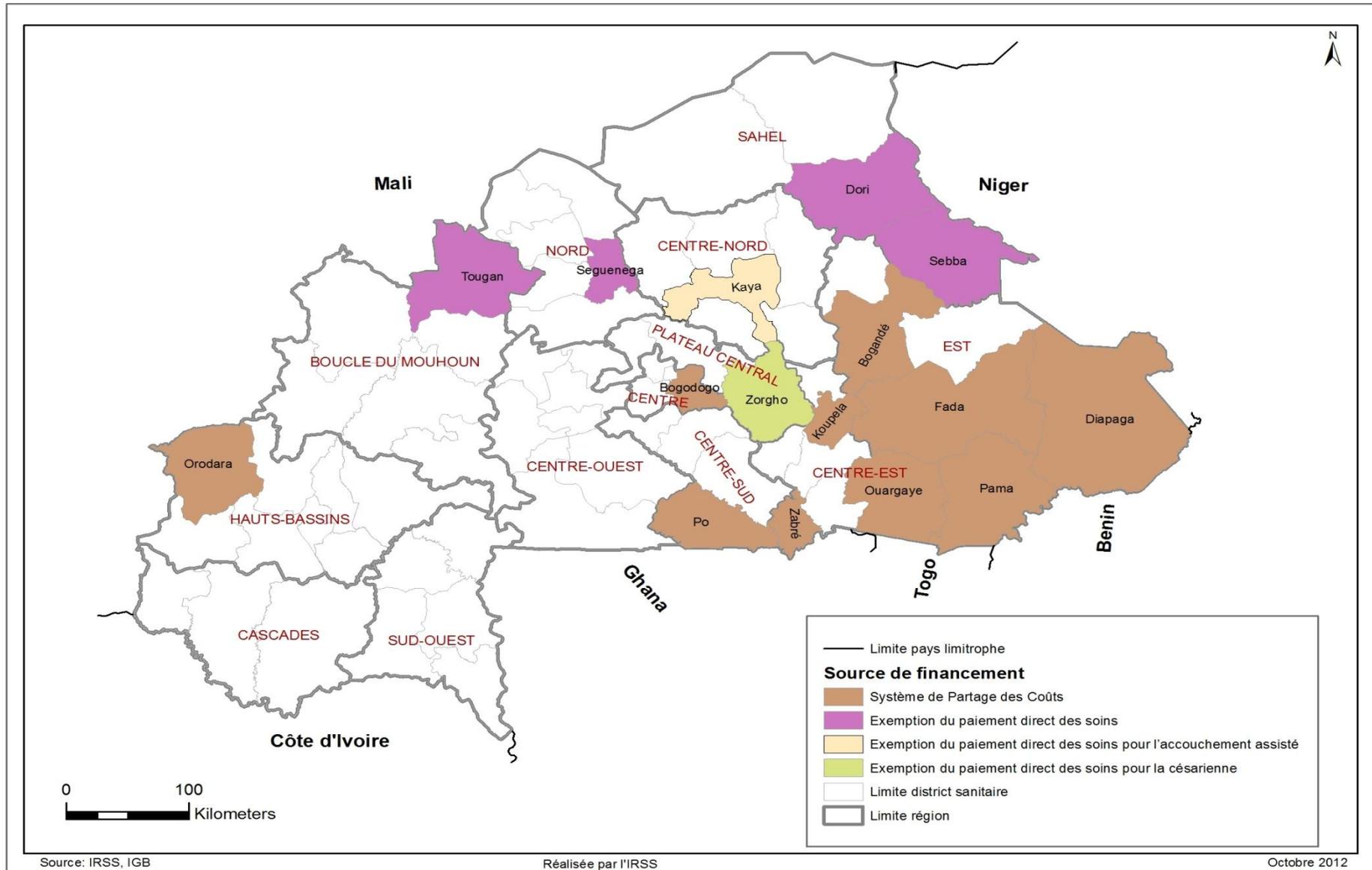
Selon la carte ci-dessous, ces interventions sont mises en œuvre à travers tout le pays avec une forte concentration dans les régions de l'Est et du Centre Est. Ces deux régions concentrent sept districts

sur les 16 enquêtés avec le système de partage des coûts. Ce système a commencé en 2001 avec le district sanitaire de Bogandé. A ce jour, dix districts sanitaires mettent en place cette intervention locale. Il faut noter la particularité du district sanitaire de Bogodogo qui est le seul district urbain (Ouagadougou). Cette topographie épouse la zone d'intervention de l'Unicef au Burkina dans les années 2000. En effet, le système a bénéficié de son appui au début. Dans la partie ouest, seul le district sanitaire de Orodara met en œuvre le système de partage des coûts à partir de 2009.

Tableau 3: Les interventions et les districts sanitaires de mise en œuvre

Type d'intervention	Nombre de district	Liste des districts
Système de partage des coûts	10	Diapaga, Bogandé, Pama, Fada, Ouargaye, Koupèla, Zabré, Orodara, Po, Bogodogo
Exemption du paiement direct des soins	04	Dori, Sebba, Tougan, Seguenega
Exemption du paiement direct des soins pour l'accouchement assisté	01	Kaya
Exemption du paiement direct des soins pour la césarienne	01	Zorgho

Carte 2: Districts sanitaires mettant en œuvre des interventions locales de réduction de la mortalité maternelle selon le mécanisme de financement au Burkina Faso en 2012



4.3 Système de partage des coûts

Les districts sanitaires concernés avec l'année de début du système de partage des coûts sont :

- Région de l'Est : Diapaga (2002), Bogandé (2001), Fada (2009), Pama (2003)
- Région du Centre Est : Ouargaye (2004), Koupèla (2002), Zabré (2007)
- Région du Centre Sud : Po (2007)
- Région du Centre : Bogodogo (2005)
- Région des Hauts Bassins : Orodara (2009).

L'émergence et la formulation du système de partage des coûts

Contexte justificatif

Le système de partage des coûts a émergé dans les districts (Bogandé, Diapaga, Fada, Pama, Po, Orodara, Koupèla, Zabré et Bogodogo) grâce aux différentes équipes cadres du district (ECD) en étroite concertation avec les comités de gestion (CoGes) des formations sanitaires, les autorités administratives et politiques (Haut Commissaire, Préfets, Conseil Municipal) et les partenaires au développement socio-sanitaire du district notamment l'Unicef. Mais, dans le district de Ouargaye, c'est l'ONG Family Care International (FCI) qui est l'initiatrice du SPC. En effet l'ONG avait mis en place un projet « Sauver la vie des femmes : une initiative des soins qualifiés ». Le but du projet était d'améliorer la gestion des services de santé maternelle et d'expérimenter des approches novatrices permettant de rehausser l'accessibilité et l'utilisation des services de santé maternelle. A la fin de ce projet, le SPC a été mis en œuvre pour consolider les acquis.

Les raisons qui ont conduit au système de partage des coûts ne diffèrent pas fondamentalement d'un district à l'autre. En effet, il s'agit des difficultés d'accessibilité financière des ménages aux soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital du district (complications obstétricales nécessitant une intervention chirurgicale de type césarienne ou laparotomie). Ces difficultés sont à l'origine de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale élevées.

Dans le district de Orodara, le médecin chef déclare « *nous avons constaté que les ménages ne planifiaient pas leur dépense en santé. Si bien qu'en cas d'urgence obstétricale, l'évacuation posait des problèmes aux agents de santé des formations sanitaires périphériques. Les ménages n'étaient pas en mesure de prendre en charge les frais de transport et les soins opératoires. Ce qui faisait qu'ils refusaient parfois l'évacuation ou restaient à la maison dans les mains de l'accoucheuse traditionnelle* ». En outre le responsable de l'association du district de Bogandé note les effets pervers

qu'entraînent les dépenses en soins d'urgence (dépenses catastrophiques ou appauvrissement). Il déclare « *nous avons constaté que devant l'urgence obstétricale les femmes du district étaient très souvent obligés de recourir à des prêts au près de tierce personne qui leur accordaient avec des taux d'intérêts élevés car elles ne disposaient pas d'argent pour assurer le transport et la prise en charge des soins opératoires. Après le remboursement posait beaucoup de problèmes aux ménages qui étaient obligés de vendre leurs biens comme les animaux domestiques et les récoltes. Cela était responsable d'un appauvrissement de ces ménages.* ».

Par ailleurs, dans le district de Zabré, le responsable de l'association justifie aussi la mise en place du système par l'amélioration du recouvrement des coûts des actes opératoires à l'hôpital du district. Il déclare « *Cela nous arrangeait car la communauté avait beaucoup de difficultés financières d'accéder aux soins d'urgence obstétricales et chirurgicales. En outre il y avait des problèmes de recouvrement au niveau de la caisse de l'hôpital du district avec les cas d'évasions, de décharges que les malades ou les parents signaient pour sortir avant la fin des soins post opératoires. En ce moment la patiente ne payait plus rien. C'était une perte pour l'hôpital* ». Pour le district de Po, le SPC leur permet aussi de réduire significativement « *le tourisme médical au Ghana* ». Une autre justification relevée au niveau du district de Diapaga qui aurait conduit à la mise en place de l'intervention locale est « *le problème de financement des services de santé qui constitue une préoccupation pour notre gouvernement afin d'assurer des soins abordables et acceptables* ».

La mise en œuvre de cette intervention nécessite un processus inclusif avec tous les acteurs locaux de la santé. Ce processus conduira à la mise en place d'un comité de gestion de l'intervention : Comité de Pilotage du Système de Partage des Coûts (COPISPAC) dans les districts de Bogandé, Diapaga, Fada, Koupèla, Ouargaye, Pama, Po et Zabré.

Processus d'adoption

Le processus d'adoption du SPC est identique dans tous les districts visités. Il comprend des étapes qui permettent une implication des populations, de l'administration publique et des collectivités. Ces étapes sont :

- L'information de la communauté par l'intermédiaire des CoGes en vue de la préparer psychologiquement,
- L'évaluation préliminaire du système de référence et d'évacuation existant selon une méthodologie bien définie s'adresse aux acteurs de la santé (communauté, CoGes, prestataires de soins des deux échelons, autorités administratives et partenaires locaux). Chaque acteur

donne son appréciation sur le système de référence et d'évacuation actuel et fait des propositions de stratégies d'optimisation du système. L'évaluation est conduite par l'équipe cadre du district.

- L'organisation d'un atelier de restitution de l'évaluation avec les acteurs de la santé : au cours de cet atelier, les participants identifient les différents problèmes (liés à la participation communautaire, multisectoriels, à l'organisation du système de santé de district, à la qualité des soins et à la compétence des acteurs). Il est retenu les problèmes prioritaires selon les critères de l'importance, de la vulnérabilité, la perception et l'acceptabilité des solutions. Ensuite ils discutent des prestations à couvrir et leur coût au niveau de l'hôpital du district, de l'organisation du système de référence et d'évacuation dans le district (communication, gestion de l'ambulance, prise en charge des coûts par les acteurs du système de référence et d'évacuation, la prise en charge médicale des évacués et des référés). Enfin, des propositions consensuelles sont faites aux CoGes qui seront discutées et adoptées au niveau de la communauté.
- L'organisation d'un atelier de consensus permet l'adoption définitive des propositions retenues par la communauté. Il y a aussi la mise en place des organes de gestion (le comité de coordination, le comité directeur ou de pilotage et le comité de surveillance). Le comité de coordination (ECD, comité directeur ou de pilotage, comité de surveillance) est chargé de la coordination générale de l'ensemble du SPC. Le comité de pilotage est composé de huit membres dans tous les districts (CoGes, agents de santé dont le MCD). Il est chargé de l'exécution des activités. Il est érigé en association reconnue par les autorités administratives provinciales sauf dans le district de Bogodogo. Chaque comité dispose de statuts et de règlement intérieur. Le comité de surveillance est chargé de veiller à la conformité des dépenses effectuées.
- L'organisation d'un système de référence et d'évacuation avec le partage des coûts par les stratégies suivantes : l'amélioration du transport et de la communication rapide entre les deux échelons, l'amélioration de l'organisation des deux échelons, le renforcement des compétences des agents de santé des deux échelons, l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins au niveau du deuxième échelon.

Ce processus a abouti à l'adoption d'une convention de collaboration entre les différents acteurs de la santé qui s'engagent à une forte implication dans la réussite du projet surtout la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières. Cette convention est renouvelable chaque année en fonction des ressources à mobiliser.

Formulation de la stratégie du système de partage des coûts

La formulation de la stratégie est basée sur les objectifs, le paquet d'actes couverts et les modalités de cotisation des acteurs du système de référence et d'évacuation.

Les objectifs formulés sont essentiellement centrés sur l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins d'urgence obstétricale et chirurgicale en vue d'une réduction des mortalités maternelle et néonatale. Ainsi, dans le district de Diapaga, les objectifs sont :

- *« Assurer une prise en charge rapide et efficace des urgences chirurgicales et obstétricales dans le district,*
- *Améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins d'urgence*
- *Réduire la mortalité intra hospitalière imputable aux urgences chirurgicales et obstétricales*
- *Augmenter le taux d'utilisation des services de santé*
- *Créer un système de partage des risques sous la forme d'un système de solidarité au sein des communautés de base ».*

Afin d'atteindre ces objectifs, les actes couverts par le système de partage des coûts sont les interventions obstétricales majeures (IOM) sur les indications maternelles absolues (IMA), le transport en ambulance à l'hôpital du district ou centre hospitalier régional, les examens complémentaires, l'hospitalisation, les pansements jusqu'à la cicatrisation et le carburant du groupe électrogène pour les districts ne disposant de source d'énergie permanente. Ces IOM sont la césarienne, la laparotomie pour suture d'une brèche utérine, la version extraction par manœuvre interne et les embryotomies (craniotomies, cranioclastie, thoracotomie).

Le nombre estimé de femmes qui ont besoin d'une IOM/IMA est obtenu à partir du taux moyen de référence. Il est de 1 % des grossesses attendues par an. Il représente les femmes qui vont présenter au cours de leur grossesse des complications obstétricales potentiellement mortelles en l'absence d'interventions majeures (urgences obstétricales). Pour inciter une participation active des hommes dans notre contexte socioculturelle, il a été décidé de prendre en compte dans l'estimation des interventions attendues, d'autres pathologies urgentes nécessitant une intervention chirurgicale quelque soit le sexe. Il s'agit essentiellement de la hernie étranglée, de l'appendicite, de l'occlusion intestinale, de la péritonite (urgences non obstétricales). Ces pathologies urgentes nécessitent en général une laparotomie en urgence. Ces pathologies concernent environ 0,02 % par an de la population générale. Sur la base de ces taux de référence, on peut alors estimer les nombres d'urgence obstétricale et non obstétricale attendus au cours d'une période dans une population donnée.

Après cette estimation des cas attendus, il est calculé le coût global de chaque type d'urgence pour la période. Il est alors déterminé la composition des kits et des protocoles standards de prise en charge pour chaque type d'intervention chirurgicale et obstétricale. En cas de prescription de médicaments qui ne se trouve pas au niveau du dépôt, la patiente est remboursée. Ce coût sera reparti entre les acteurs intervenant dans la prise en charge des urgences obstétricale et non obstétricale que sont l'Etat (représenté par le ministère de la santé et l'équipe cadre du district), les communautés (représenté par le CoGes) et les malades évacués. Les districts de Bogodogo, Orodara et Po (trois districts sur dix) ont inclus les communes dans les acteurs à contribution financière du système. Mais grâce un plaidoyer, les districts de Fada et de Koupèla ont obtenu l'adhésion de communes pour une participation financière. L'Etat participe par la dotation en ambulance, la maintenance de l'ambulance, les produits anesthésiques, l'oxygène, les fils de suture et le chauffeur. Le reste du coût global est alors réparti entre la communauté et le malade évacué. Ainsi la part contributive du malade évacué varie de 30 à 40 % selon les districts, le reste étant à la charge du CoGes (60 à 70 %). Cette part du CoGes est soit divisée par le nombre de formations sanitaires ou est calculée en fonction de la population de chaque formation sanitaire. Les bénéficiaires du système sont la population de chaque district. Celle hors district ne bénéficie pas des tarifs préférentiels.

Mais, depuis 2006, l'Etat subventionne à 80 % le coût de la prise en charge opératoire des urgences obstétricales en plus de cette dotation.

La mise en œuvre du système de partage des coûts

Si les conditions d'émergence et la formulation du système sont presque identiques dans les districts, la mise en œuvre permet de noter quelques différences. Il faut diviser la période d'étude en deux périodes à savoir celle avant la mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention nationale des accouchements et des SONU en 2006 et celle d'après. En effet, cette stratégie a entraîné des modifications importantes dans la part à verser par les acteurs du système (Etat, Communes, CoGes, Patientes).

Le SPC permet de couvrir les IOM/IMA depuis le transport en ambulance de la formation sanitaire périphérique à l'hôpital de district jusqu'à la cicatrisation de la plaie opératoire de la patiente dans tous les districts. Ces interventions obstétricales ont été choisies car pouvant être réalisées dans un hôpital de district disposant d'un bloc opératoire opérationnel. Toute fois, il arrive que le plateau technique soit insuffisant pour effectuer l'intervention obstétricale (manque de sang, rupture d'oxygène, indisponibilité de l'équipe opératoire). En ce moment la patiente est évacuée à l'échelon supérieur (CHR) avec une

prise en charge du transport en ambulance et une somme forfaitaire est remise aux accompagnants (6 000 à 8 000 FCFA soit 9,2 à 12,2 €) pour la gestion de la première ordonnance.

Avant 2006, les districts qui avaient démarré le SPC ont respecté la formule de répartition de la contribution des acteurs. Il s'agit des districts de Bogandé, Bogodogo, Diapaga, Koupèla, Ouargaye et Pama. En effet, dans les districts de Bogandé, Diapaga, Koupèla, Ouargaye et Pama après déduction de la contribution de l'Etat, le CoGes prend 60 % du montant et la patiente 40 %. Le montant payé par la patiente était de 19 130 FCFA (29,2 €) à Diapaga, 19 850 FCFA (30,3 €) à Koupèla et 17 600 FCFA (26,9 €) à Ouargaye. Par contre, dans le district de Bogodogo, elle payait 25 000 FCFA (38,2 €) soit 34 % du coût global. Pour le paiement de leur part contributive, les CoGes versent soit à partir leur caisse provenant des recettes des formations sanitaires ou soit à partir d'une participation financière des ménages sous forme de prépaiement. Les CoGes de chaque district n'utilisent qu'une stratégie pour assurer leur participation. En cas de participation financière des ménages, il est demandé à chaque individu, quelque soit l'âge, une contribution annuelle allant de 25 FCFA (0,03 €) dans les districts de Koupèla, Ouargaye et Zabré à 200 FCFA (0,30 €) dans les districts de Bogandé, Diapaga et Pama. Dans le district de Bogodogo, les CoGes payait à partir de leur caisse le forfait de l'acte. La part contributive de chaque CoGes était calculée en fonction du nombre d'urgences obstétricales et chirurgicales attendues par la formation sanitaire.

Après 2006, la part contributive de chaque acteur a considérablement baissé mais la participation des ménages n'a pas baissé pour les districts sus cités. En effet, les IOM/IAM sont devenues gratuites pour la patiente dans les districts de Bogandé, Diapaga, Koupèla, Ouargaye et Pama. Il a été de même pour les districts qui ont mis en place le SPC après 2006. Il s'agit des districts de Fada et Orodara. Par contre, la patiente paie 6 000 FCFA (9,2 €) dans le district de Bogodogo, 4 000 FCFA (6,1 €) dans le district de Zabré et 2 000 FCFA (3 €) dans le district de Po. Pour ces nouveaux districts, les CoGes versaient leur contribution à partir de leur caisse (Fada et Po) et à partir de la participation financière des ménages (Zabré et Orodara). La participation financière des ménages était de 25 FCFA (0,03 €) dans le district de Zabré et de 15 FCFA (0,02 €) dans le district de Orodara.

Il faut noter que pour les districts à participation financière des ménages, seul le district de Orodara a mis en place des cartes d'adhésion au SPC et applique la gratuité pour les adhérentes. Les patientes non adhérentes doivent s'acquitter de la somme de 5 000 FCFA (7,6 €) pour les IOM/IMA.

Les activités de suivi-évaluation et de contrôle permettent de faire des ajustements du système. Ces activités sont les rencontres mensuelles, trimestrielles et semestrielles du comité pilotage (COPISPAC) ou avec tous les acteurs. Chaque semaine, le trésorier adjoint fait le point des évacuations et des

interventions chirurgicales et obstétricales au niveau du bloc opératoire. Le comité de pilotage valide ce bilan à la fin du mois et autorise le remboursement à la caisse de l'hôpital du district. En cas de défaillance de la patiente, elle est considérée comme indigente et le COPISPAC autorise le versement de sa part. Les bilans physique et financier sont présentés pour amendements.

Cependant, les acteurs rencontrés au cours de cette enquête parlent aussi des difficultés de mise en œuvre de la stratégie du SPC. En effet, ces difficultés sont essentiellement le retard de cotisation des acteurs (sauf Etat), la gouvernance des CoGes et des associations responsables, la faible implication des communes et la charge de travail élevée.

Le retard de cotisation ne permet pas à certains districts (Bogodogo, Po) de faire une exemption totale pour les interventions obstétricales majeures. Au district de Po, aucune formation sanitaire n'était à jour de sa cotisation de l'année 2012 au moment de l'enquête et au district de Diapaga, 22 % des formations sanitaires étaient en situation irrégulières. Les raisons sont le manque de confiance aux agents chargé de la collecte et l'absence de solidarité. Un des responsable d'association déclare *« Certains chefs de ménages refusent de cotiser sous prétexte que l'année passée il a cotisé et aucun membre de sa famille n'a bénéficié du système alors que son voisin qui n'a pas cotisé en a bénéficié donc il ne cotise pas »*.

Les paiements non officiels sont aussi une cause du refus de cotiser de la population. Ces paiements concernent surtout les actes comme les urgences non obstétricales et les IOM/IMA avant 2006. Un responsable d'association déclare *« Des agents de santé ont exigé le paiement de 150 000 FCFA (229 €) au patient pour la prise en charge d'une hernie étranglée alors qu'il devrait payer 26.71 €. Le patient était obligé de payer alors que lors de l'évacuation, l'agent de santé du centre de santé lui avait notifié qu'il était couvert par le SPC. De retour au centre, il a porté plainte auprès de cet agent qui a informé l'association qui a procédé au remboursement des frais »*.

Le problème de gouvernance des associations responsables de la mise en œuvre du système est lié au manque de compétences en gestion administrative et financière. Ces structures sont gérées par une équipe de bénévoles et la majorité est analphabète (six sur huit et ce sont les membres des comités de gestion des formations sanitaires). Le médecin chef joue le rôle de conseiller technique mais sa charge de travail ne lui permet pas de participer très régulièrement aux différentes rencontres. Cependant, un agent du bloc opératoire (Infirmier spécialiste en chirurgie ou anesthésie) est trésorier adjoint mais dans les associations rencontrées, il est la cheville ouvrière de l'association (joue tous les rôles).

Dans sept districts, le système ne bénéficie pas de l'appui financier des communes. Pourtant elles devraient participer en versant une contribution ou en reprenant la part des formations sanitaires de leur

aire de responsabilité. Cela parce que l'Etat a engagé depuis 2009, le processus de rétrocession des formations sanitaires aux communes et octroi des fonds aux communes destinées au fonctionnement de leurs formations sanitaires.

Les agents de santé se plaignent de la charge élevée de travail depuis la mise en place de l'intervention dans le district. Un médecin-chef affirme « *Il m'est arrivé d'opérer toute une nuit. Le problème c'est que nous sommes des médecins généralistes formés pendant six mois sur la chirurgie essentielle et que l'Etat ne fournit pas d'effort pour qu'il y ait une incidence financière au moins alors que nous faisons à peu près le même travail qu'un chirurgien* ». Au district de Bogodogo, les salles d'hospitalisation sont insuffisantes pour recevoir les femmes. Un agent déclare « *Il arrive très souvent de mettre les femmes dans les couloirs après leur accouchement à même le sol pendant la période de haute fréquentation de nos services. Ce qui va s'en dire que la qualité des soins se trouve dégrader* ».

Effets de la stratégie sur les indicateurs de santé maternelle

L'amélioration de l'accessibilité financière a permis aux districts concernés d'augmenter le nombre d'accouchements assistés, le nombre de césarienne et le nombre d'évacuation pour suites de couche ainsi qu'une réduction considérable du taux de mortalité maternelle institutionnelle de 2000 à 2011.

L'analyse des différentes courbes évolutives des indicateurs montre une ascension progressive au cours du temps. Toute fois, la pente de la courbe est plus accentuée généralement après 2006 qui correspondent à l'année de mise en œuvre de la politique de subvention nationale. Mais les courbes ont commencé l'ascension après l'année de mise en œuvre de l'intervention. Par contre, le district de Bogodogo avait mis en place une intervention dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité financière grâce à des partenaires extérieurs avant le système de partage des coûts (AQUASOU⁴).

Au niveau de la région du Centre Est

Cette région comprend les districts sanitaires de Koupèla, Ouargaye et Zabré. Ils ont commencé la mise en œuvre du SPC respectivement en 2002, en 2004 et en 2007. Chaque district dispose d'un hôpital de district pour la prise en charge des urgences obstétricales.

⁴ AQUASOU : Programme d'Amélioration de la Qualité et l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence. Cette amélioration est obtenue grâce à une approche interdisciplinaire (Santé publique, épidémiologie, obstétrique, socio-anthropologique, communication) et une action concertée entre les instituts de recherche.

Les accouchements assistés

Le nombre d'accouchements assistés augmente progressivement dans les trois districts surtout pour le district de Ouargaye. En effet, il passe de 1623 accouchements assistés en 2003 à 6265 accouchements assistés une année après la mise en œuvre. Le nombre moyen d'accouchements assistés passe de 2514 en 2000 à 8022 en 2011. La décroissance de la courbe observée au niveau du district de Koupèla s'explique par la division de ce district en 2 districts (District de Pouytenga) en 2005.

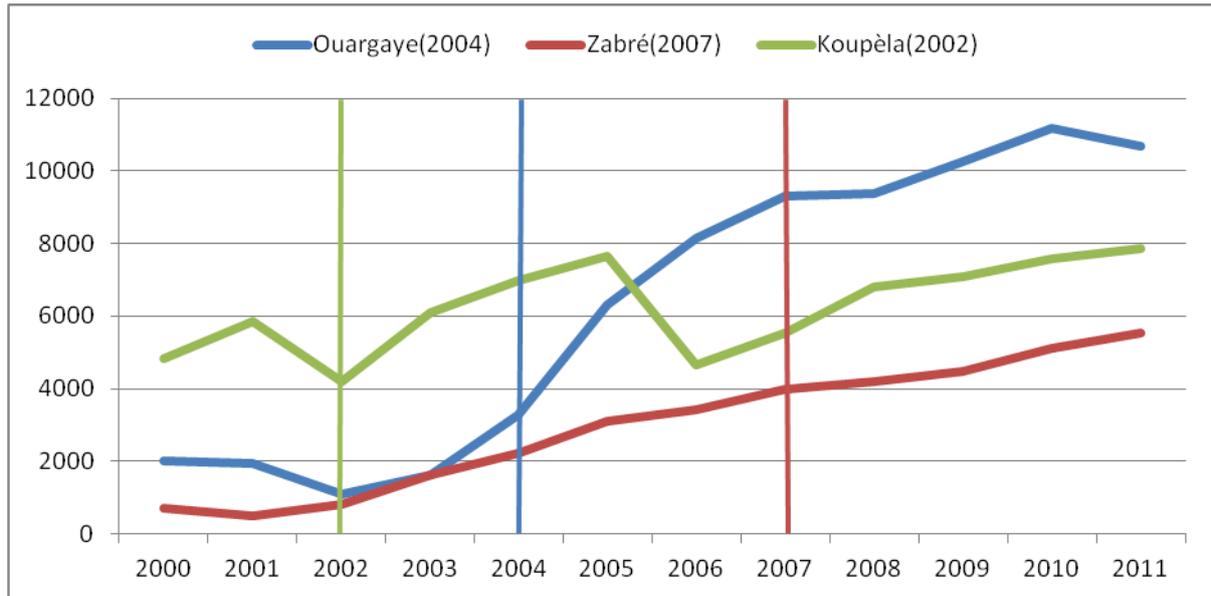


Figure 3: Evolution du nombre d'accouchements assistés dans la région du Centre Est

Le nombre de césariennes réalisées

Les districts de Ouargaye et de Zabré rencontrent des difficultés dans la réalisation des césariennes. En effet, il y a un turn over du personnel médical formé à la réalisation des actes chirurgicaux. Dans le district de Koupèla, le nombre de césarienne a triplé une année après le démarrage du SPC (neuf en 2001 à 27 en 2003) pour atteindre 97 en 2005. La césarienne est gratuite sauf dans le district de Zabré où elle est toujours payante (3 €).

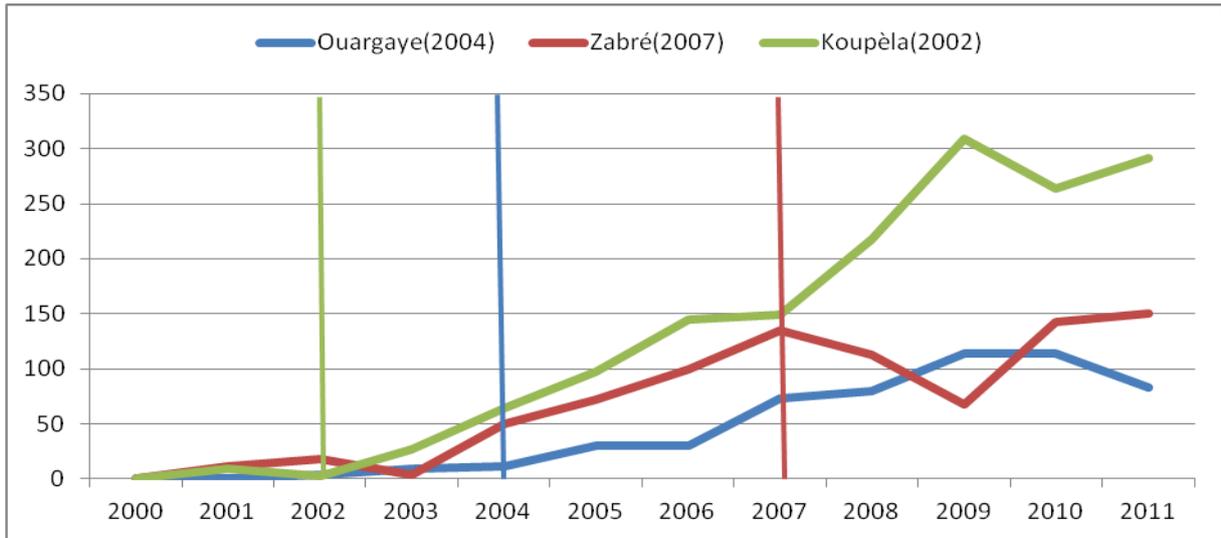


Figure 4: Evolution du nombre de césarienne dans la région du Centre Est

Le taux de mortalité maternelle institutionnelle

Il y a une réduction sensible du ratio de la mortalité maternelle dans les trois districts avec la mise en place du SPC. Cette réduction s'accroît après 2006 avec la politique nationale de subvention. En effet, le ratio moyen passe de 335 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 66 décès maternels en 2011. Dans le district de Ouargaye, le ratio est de 1093 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2002. Une année après la mise en place du SPC, il enregistre 80 décès maternels en 2005.

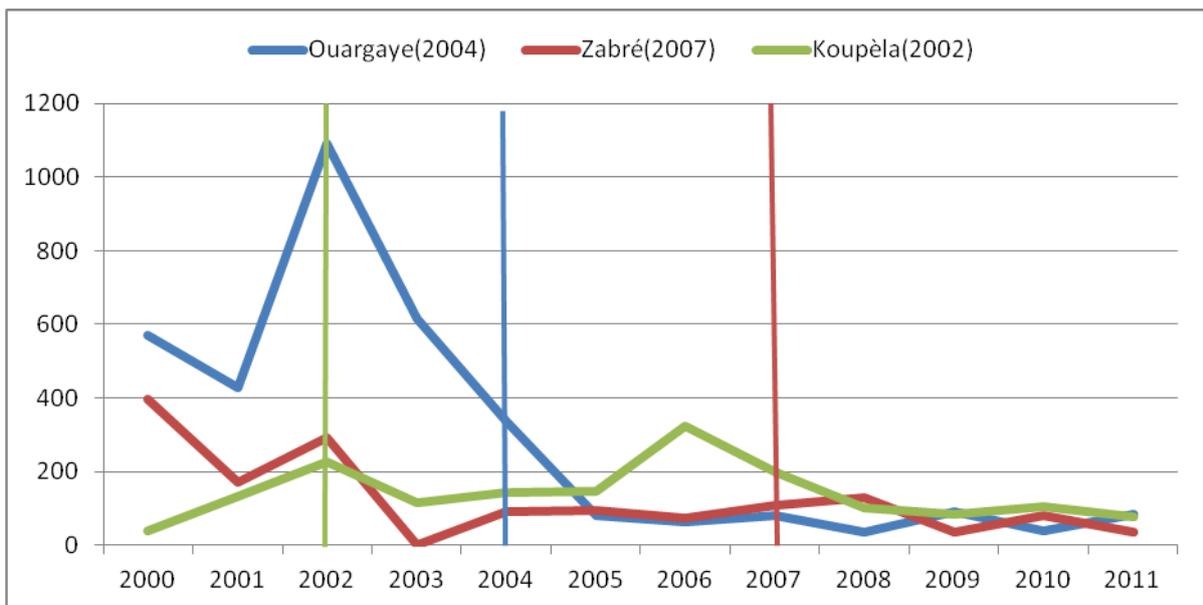


Figure 5: Evolution du ratio de mortalité maternelle dans la région du Centre Est

Le nombre d'évacuation pour suites de couches à l'échelon supérieur de soins

Le nombre d'évacuation pour suites de couche vers le 2^{ème} échelon est en augmentation dans les trois districts sanitaires. La moyenne des évacuations pour suites de couche est de 108 en 2000 contre 428 en 2011. Dans le district de Ouargaye, ce nombre est augmenté de 123 en 2003 à 253 en 2005, une année après la mise en œuvre de l'intervention.

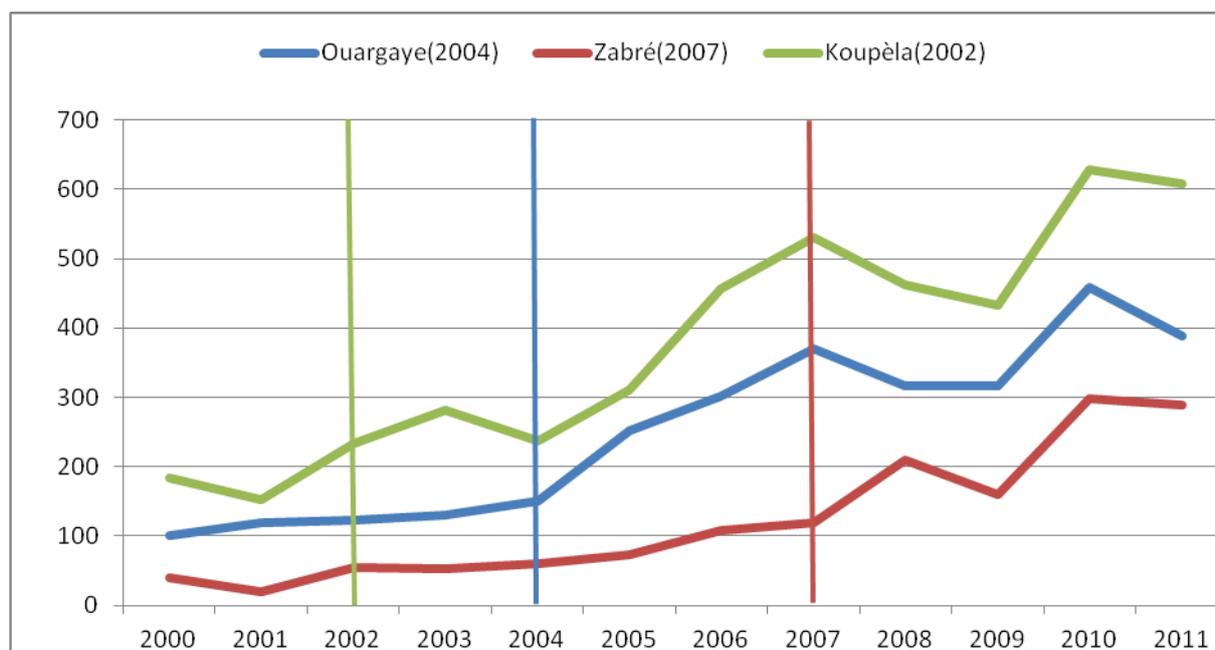


Figure 6: Evolution du nombre d'évacuation pour suites de couche au 2ème échelon dans la région du Centre Est

Au niveau de la région de l'Est

Cette région est constituée de quatre districts sanitaires qui sont les pionniers du SPC au Burkina Faso: Diapaga (2002), Fada (2009), Bogandé (2001) et Pama (2003). Dans cette région, seul le district de Fada ne dispose pas d'un hôpital de district. Il évacue directement les urgences obstétricales au niveau du centre hospitalier régional qui bénéficient du système de partage des coûts.

Le nombre d'accouchements assistés

Le nombre d'accouchement assisté dans la région est en constante augmentation dès la mise en place du SPC. Il faut noter la particularité du district de Fada qui est un district urbain. Le district de Diapaga enregistre 2105 accouchements assistés en 2001. Une année après la mise en place du SPC, il enregistre 3907 accouchements en 2003. La moyenne régionale des accouchements assistés en 2000

était de 3181 accouchements assistés contre 10 958 en 2011. On note une augmentation sensible des accouchements assistés à partir de l'année 2006⁵.

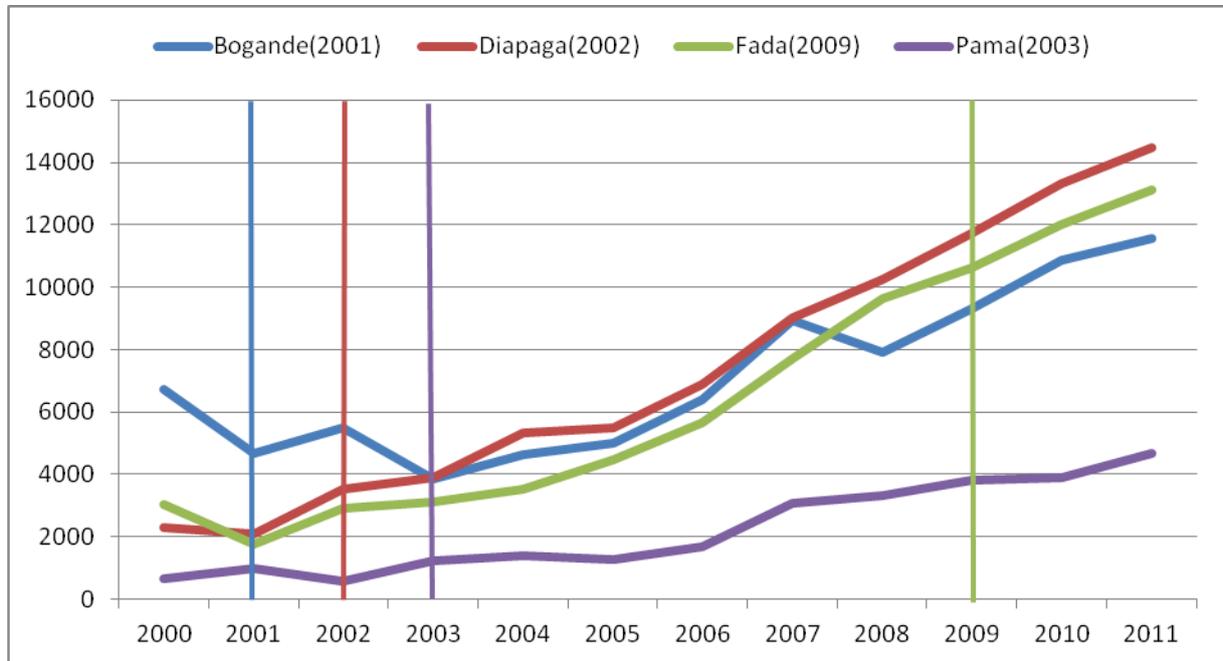


Figure 7: Evolution du nombre d'accouchements assistés dans la région de l'Est

Le nombre de césariennes réalisées

Le district de Fada est centré sur le CHR de Fada où il évacue ses urgences obstétricales pour les IOM. En effet, il ne dispose pas d'un HD pour assurer cette prise en charge. Pour les autres districts, malgré des conditions difficiles de travail, le nombre de césarienne connaît une augmentation avec notamment le district de Diapaga qui atteint 202 en 2010. Dans ces districts, la césarienne est gratuite depuis la mise en œuvre de la politique nationale de subvention.

⁵ Cette année 2006 correspond à l'année de mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

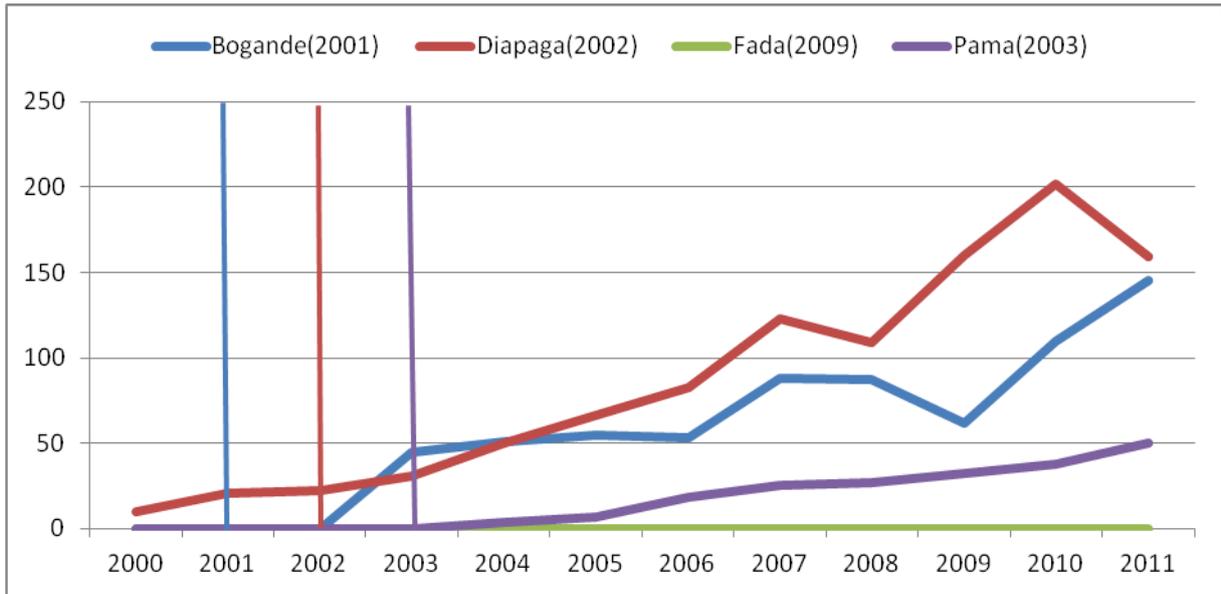


Figure 8: Evolution du nombre de césarienne dans la région de l'Est

Le taux de mortalité maternelle institutionnelle

L'évolution générale des différentes courbes montrent une tendance à la baisse de la mortalité à la mise en œuvre du SPC dans les districts. En effet, le district de Diapaga enregistre en 2001, 580 décès maternels pour 100 000 naissances et une année après le SPC, 204 décès maternels. Le taux moyen de mortalité maternelle était de 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2000 contre 93 décès en 2011.

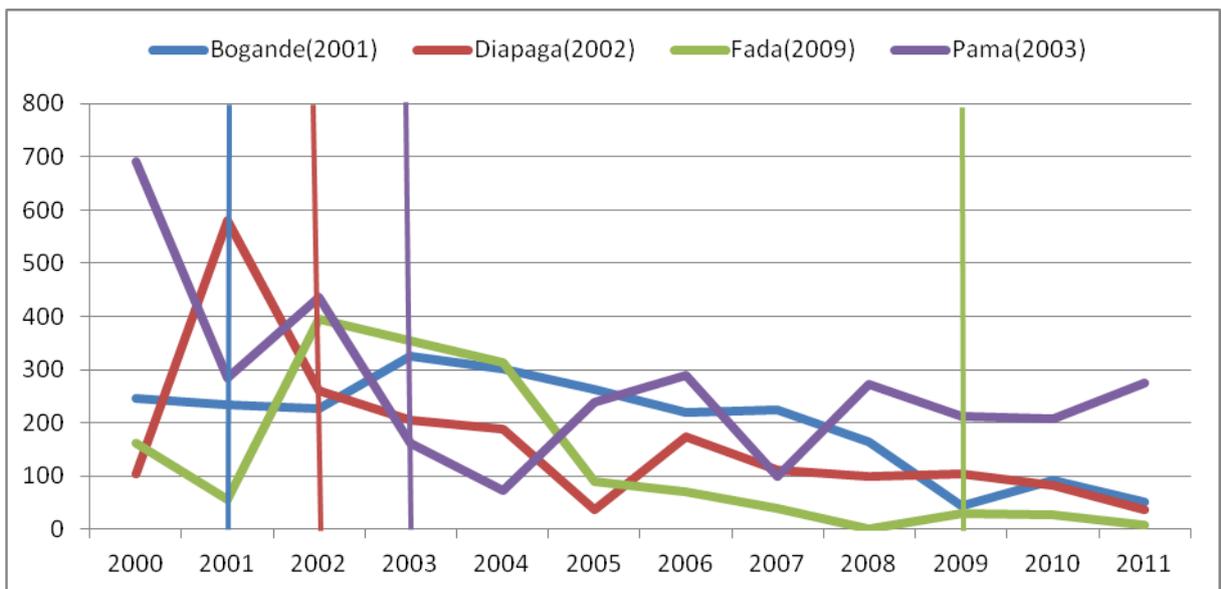


Figure 9: Evolution du ratio de la mortalité maternelle dans la région de l'Est

Le nombre d'évacuation pour suites de couche à l'échelon supérieur de soins

Le nombre d'évacuation connaît une augmentation progressive au cours de la période. En effet, la moyenne du nombre d'évacuation était de 80 en 2000 contre 453 en 2011. Mais le district de Fada évacue les urgences obstétricales au CHR.

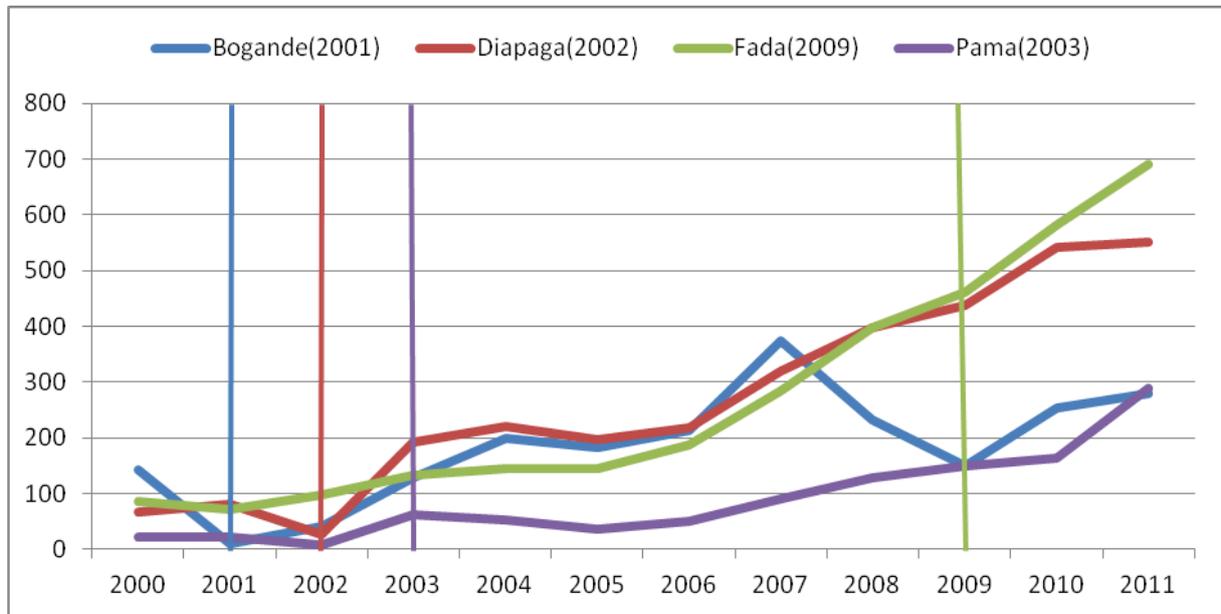


Figure 10: Evolution du nombre d'évacuation pour suites de couche dans la région de l'Est

Au niveau des districts de Po, Orodara et Bogodogo

L'évolution des indicateurs pour ces trois districts est globalement la même que ceux des régions de l'Est et du Centre Est. Mais la particularité du district de Bogodogo doit être soulignée car il fait partie des quatre districts de la capitale du pays (Ouagadougou) et du district le mieux équipé en ressources humaine, matérielle et financière du pays. Cette situation constitue un avantage pour ce district qui a bénéficié de 2003 à 2005 du projet AQUASOU. Le SPC est venu remplacer ce projet. De ce fait les indicateurs de santé au niveau de ce district est largement au dessus de la moyenne nationale.

Le nombre moyen des accouchements assistés de ces trois districts est passé de 5792 en 2000 à 12 876 accouchements assistés en 2011. Il en est de même du nombre d'évacuation pour suites de couche de 134 (2000) à 1243 (2011).

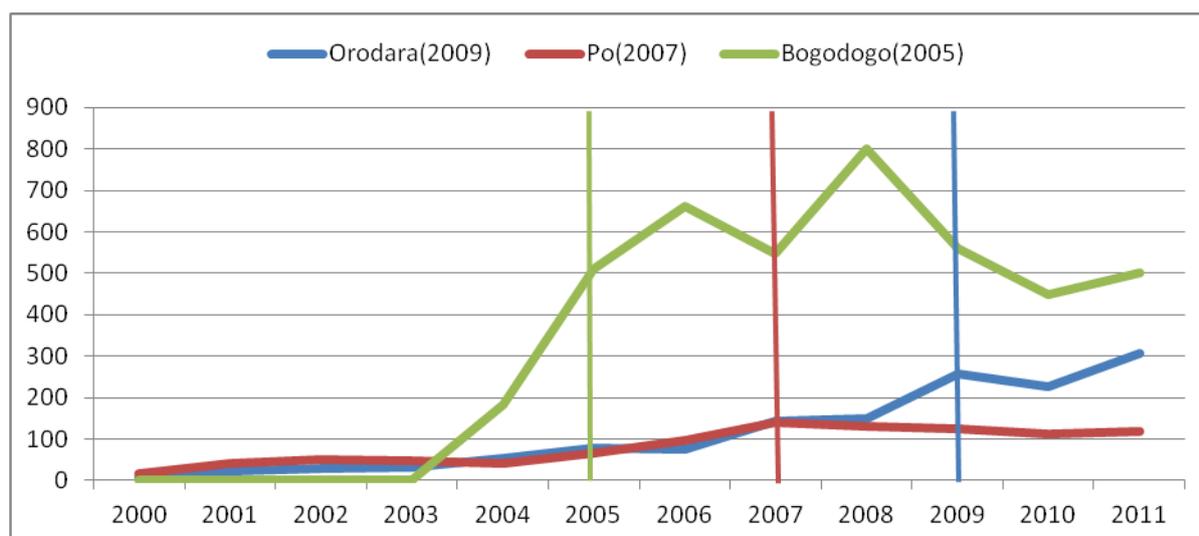


Figure 11: Evolution du nombre de césariennes dans les districts de Bogodogo, Orodara, et Po

Cette figure révèle la particularité du district de Bogodogo. En effet, il réalise 800 césariennes en 2008. Ce nombre chute à 500 en 2011. Par contre, dans le district de Orodara, le nombre de césariennes réalisées a connu une hausse à partir de 2009 passant de 147 (2008) à 258 (2009) avec la gratuité de la césarienne.

L'intervention de la césarienne est toujours payante dans les districts de Po et Bogodogo. Malgré cette situation, le district de Po a réussi à réduire le tourisme médical vers le Ghana. Le responsable de l'association déclare « *Avant la mise en place du système de partage des coûts, les gens préféraient aller se soigner au Ghana car il existait déjà un mécanisme permettant de réduire les coûts des soins et le plateau technique est supérieur au nôtre. Mais depuis, la mise en place du système de partage des coûts, les gens surtout les femmes fréquentent de plus en plus les formations sanitaires. Il y a aussi les hommes* ». Il ajoute « *Les hommes ne se font plus opérer la hernie étranglée au Ghana* ».

Les leçons apprises

Cette enquête a permis de tirer un certain nombre de leçons qui devraient être prises en compte dans la mise en œuvre de la stratégie du système de partage des coûts. Elles doivent permettre un fonctionnement optimum dans ces districts et être prises en compte les implémentations futures dans d'autres districts. Il s'agissait de :

- La nécessité de mettre en place des sources de financement pérennes avec des acteurs qui s'engagent à verser régulièrement leur cote part,
- L'irrégularité des cotisations des acteurs n'a jamais entraîné un arrêt de fonctionnement du système de partage des coûts dans ces districts. En effet au niveau de chaque district, le

COPISPAC disposait d'assez de fond leur permettant de fonctionner même une année en avance. Dans le district de Po, seule la commune de Po avait versé leur cote part du financement.

- La possibilité d'exemption des indigents de la cotisation annuelle pour leur participation financière des CoGes
- L'amélioration des capacités opérationnelles des membres non médicaux du COPISPAC par des sessions de formation en gestion administrative et financière. Cela améliorera la gouvernance des COPISPAC et des CoGes, l'établissement d'une relation de confiance entre agents de santé-COPISPAC-communauté et l'intensification des activités de sensibilisation et de plaidoyer.
- La reconnaissance administrative au niveau provincial des associations responsables de la gestion du SPC. En effet, la majorité des associations disposent de règlement intérieur et de statut.
- Le SPC permet de résoudre deux des trois : le retard mis pour arriver dans une structure de référence (le manque de frais de transport et de moyen de transport) et le retard mis pour recevoir des soins dans cette structure (le manque de ressources financières). Cependant, l'implication de la communauté que permet le SPC pourrait permettre de résoudre aussi le retard dans la décision de recherche des soins si la famille sait que les dépenses sont minimisées par le SPC. Cela contribuera à une réduction substantielle de la mortalité maternelle suite à ce retard qui se révèle être le plus difficile à réduire.

4.4 Exemption de paiement direct des soins

Les districts mettant en œuvre l'exemption de paiement avec l'année de début de l'intervention sont :

- Région de la Boucle du Mouhoun : District sanitaire de Tougan (2008)
- Région du Nord : District sanitaire de Segoué (2009)
- Région du Sahel : Districts sanitaires de Dori (2008) et Sebba (2008).

L'émergence et la formulation de l'exemption du paiement

Contexte justificatif

La politique d'exemption de paiement direct des soins émerge grâce à l'action d'Organisation Non Gouvernementale (ONG), Terre Des Hommes (TDH) dans les districts de Tougan et Seguenega et HELP dans les districts de Dori et Sebba. Ces ONG bénéficient entièrement de l'appui financier de l'Union Européenne à travers son service d'aide humanitaire (ECHO). Il s'agissait de transposer une expérience nigérienne au Burkina Faso. Ce qui justifient le choix de ces districts sont essentiellement l'implantation des ONG dans ces localités, la situation de vulnérabilité prononcée de ces zones (sécheresse, malnutrition) et la faiblesse des indicateurs de santé surtout maternelle et infantile (fréquentation des services sociaux, mortalité maternelle). En effet, pour les ONG « *les régions du Nord et du Sahel sont considérées comme les plus vulnérables du pays à la sécheresse avec pour conséquence la malnutrition* ». Ainsi, « *nous avons pensé qu'un meilleur accès aux soins de santé est un grand déterminant dans la lutte contre la malnutrition. C'est ce qui nous a amené à l'exemption du paiement des soins de santé au niveau des services de santé permettant aux femmes de venir avec leurs enfants en consultation. L'exemption du paiement devrait permettre de lever la barrière financière de l'accès aux soins* ».

Processus d'adoption

Le processus d'adoption de l'exemption du paiement des soins a consisté en une approche participative entre les acteurs locaux et régionaux de la santé. Ces acteurs sont les autorités locales (administratives et politiques), les directions régionales de la santé (Boucle du Mouhoun, Nord et Sahel), les ONG (TDH et HELP), les ECD (Dori, Sebba, Seguenega et Tougan), les équipes de santé, les CoGes. Des rencontres ont été organisées au niveau régionale, district et au niveau des villages afin d'expliquer la nouvelle stratégie de l'exemption du paiement. Au cours de ces rencontres, chaque acteur devrait donner son appréciation sur l'impact de l'exemption sur les aspects du système sanitaire surtout au niveau communautaire qui en est le principal bénéficiaire. Les rôles de chaque acteur ont été définis afin de permettre un bon fonctionnement de l'exemption.

Les acteurs ont élaboré des principes à respecter dans le cadre de la mise en œuvre de l'exemption du paiement des soins. Ce sont :

- « *Le contrôle permanent du processus de l'exemption*
- *Le remboursement des avances faites par les formations sanitaires pour la tarification des consultations et des avances des médicaments faites par les dépôts de vente des MEG*
- *Le respect de la rationalisation de la prescription conformément à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et des SONU*
- *L'implication importante des CoGes*
- *La redistribution des recettes engendrées par la hausse de la fréquentation des services de santé pour la prise en charge des enfants de six et plus*
- *La définition des modalités de sanction pour tous les niveaux/acteurs du processus ».*

Ce processus a abouti à la signature d'une convention tripartite pour le respect de ces principes entre les CoGes, les ECD et les ONG (TDH et HELP).

Formulation de la stratégie

L'objectif de la stratégie d'exemption du paiement des soins est de « contribuer à la réduction de la malnutrition aigue et de la mortalité au niveau des populations vulnérables (enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes).

Sa stratégie repose sur trois axes d'intervention à savoir l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière et l'acceptabilité des soins par la population. Le projet prend en charge le transport en ambulance de la formation sanitaire à l'échelon supérieur de soins. L'exemption du paiement des soins concerne toutes les formations sanitaires publiques. En effet, elle prend en compte les tarifications des actes, les hospitalisations, les médicaments, les consommables médicaux et les examens biomédicaux disponibles dans ces structures sanitaires et nécessaires aux soins de la population cible. Tous ces coûts ont été uniformisés au niveau des formations sanitaires selon l'échelon de soins et selon les ONG. En outre, le projet intègre la qualité des soins à travers l'amélioration de l'acceptabilité par le renforcement des capacités (formation, supervision, dotation en matériels médicaux techniques) et la motivation (financement basé sur les résultats) des agents de santé et le réapprovisionnement des dépôts des médicaments essentiels.

La mise en œuvre de ce projet intervient dans un contexte de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU. Le projet se charge de racheter les 20 % des parturientes au niveau des formations sanitaires rendant complètement gratuit les soins pour les femmes enceintes.

Le remboursement des différentes avances se fait après vérification des pièces justificatives fournies par la formation sanitaire par le comité d'exemption mis en place. Ce comité est composé des membres ECD et le personnel de l'ONG.

Les résultats impacts du projet sont la réduction de la pauvreté et de la morbidité et mortalité maternelle et infantile. Cela à travers, un renforcement des capacités de la population et l'amélioration de l'accès aux soins par la suppression de la barrière financière.

La mise en œuvre de l'exemption du paiement

La mise en œuvre du projet est faite par une équipe composée d'agents des ONG et de l'équipe cadre du district. Elle a débuté avec des activités de sensibilisation au niveau de la communauté afin de l'informer sur la politique d'exemption du paiement (les cibles, les objectifs les modalités et les attentes du projet). L'exemption du paiement prend en compte tous les frais des soins (consultation, médicaments, prise en charge des complications) dès que la femme se présente dans toutes les structures sanitaires dans les districts de la région du Sahel y compris le centre hospitalier régional de Dori. Mais, dans les deux autres districts, la prise en charge se limite au niveau district. En cas d'évacuation au centre hospitalier régional, le projet prend en charge les frais d'évacuation et de la première ordonnance.

Dans chaque structure sanitaire, les pièces justificatives sont produites par les agents de santé qui sont vérifiées et validées par le comité d'exemption. Des contrôles à priori sont effectués par ce comité sur le terrain afin d'apprécier le respect des principes. Un chronogramme du processus de remboursement aux structures sanitaires est défini si bien qu'au plus tard le 5 du mois suivant elles devraient avoir reçu le remboursement des dépenses du mois passé.

Le suivi-évaluation du projet est assuré par le comité d'exemption qui réalise des supervisions, des contrôles aux formations sanitaires en présence des CoGes afin qu'à termes ils s'approprient du projet et d'assurer le contrôle directement.

Cependant, des difficultés existent dans la mise en œuvre du projet. En effet, les ONG accusent des retards de remboursement aux structures sanitaires. Cela entraîne des ruptures de médicaments au niveau des dépôts MEG avec des insuffisances dans la prise en charge adéquate des cas. Les responsabilités semblent être partagées entre les services de santé et les ONG. Le médecin-chef de district de Dori « *le problème se situe à tous les niveaux : ONG et formations sanitaires. Les formations sanitaires envoi en retard les pièces justificatives des dépenses. Après vérification, le circuit de remboursement aux formations sanitaires est long. Les chèques doivent être déposé au niveau de la*

banque de l'ONG qui transfert ensuite l'argent dans les comptes des formations sanitaires qui sont logés au niveau des caisses populaires. Ce qui fait qu'elles sont remboursées un peu plus d'un mois plus tard ». Dans le district de Sebba, il ajoute « les formations sanitaires offrent des soins à crédit (presque) alors qu'ils doivent assurer la disponibilité des MEG qui se commandent au niveau du district au comptant ». Le problème est beaucoup plus accentué au niveau de la région du Sahel (Dori et Sebba) que dans les autres districts gérés par l'ONG TDH (Tougan et Seguenega) grâce à la mise en place effective du comité de pilotage de l'exemption.

Les agents de santé constatent un abus dans l'utilisation des services de santé par la population. Cela entraîne une augmentation de la charge de travail des agents de santé. Le médecin-chef du district de Dori déclare « *Un jour, je suis allé en supervision intégrée dans une formation sanitaire mais je n'ai pas pu travailler car le seul infirmier (qui est en même temps le chef de poste) avait une file de près de 40 patients en majorité des femmes et enfants. Je pense que nous devrions revoir au niveau de la sensibilisation ». Un autre d'ajouter « Nous avons l'impression qu'il y a certains patients qui inventent les symptômes afin de bénéficier des médicaments pour les membres de famille non bénéficiaires ». Ils sont en outre inquiets quant à l'avenir de cette exemption du paiement des soins. Un agent de santé, membre du comité d'exemption, déclare « *notre grande inquiétude actuellement est la poursuite de cette politique de gratuité des soins. Qu'est ce qui va se passer le jour où l'ONG TDH se retire parce que les financements sont finis ? Actuellement, la réflexion est menée depuis une année mais nous n'avons pas de solution vus qu'il serait difficile de compter sur l'Etat ».**

La coordination des activités de suivi évaluation se fait difficilement sur le terrain. Les acteurs du district sont souvent réquisitionnés pour des activités comme les journées nationales de vaccination alors qu'ils avaient programmé une supervision conjointe.

Effets de la stratégie sur les indicateurs de santé maternelle

Il permet une subvention totale des frais liés aux soins des femmes enceintes, allaitantes de moins de 6 mois et les enfants de moins de 5 ans dans l'aire du district sanitaire. Toutes les formations sanitaires publiques des quatre districts sont concernées et le centre hospitalier régional de Dori. Cela a eu un impact important sur les indicateurs de santé et la qualité de la prise en charge dans ces structures sanitaires.

Le nombre d'accouchements assistés

La moyenne du nombre d'accouchements assistés passe de 3207 accouchements assistés en 2000 à 9343 en 2011. Il en est de même pour le taux d'accouchements assistés respectivement de 37,4 % à 90,8 %. Ce taux moyen est supérieur de la moyenne nationale (78,3 %).

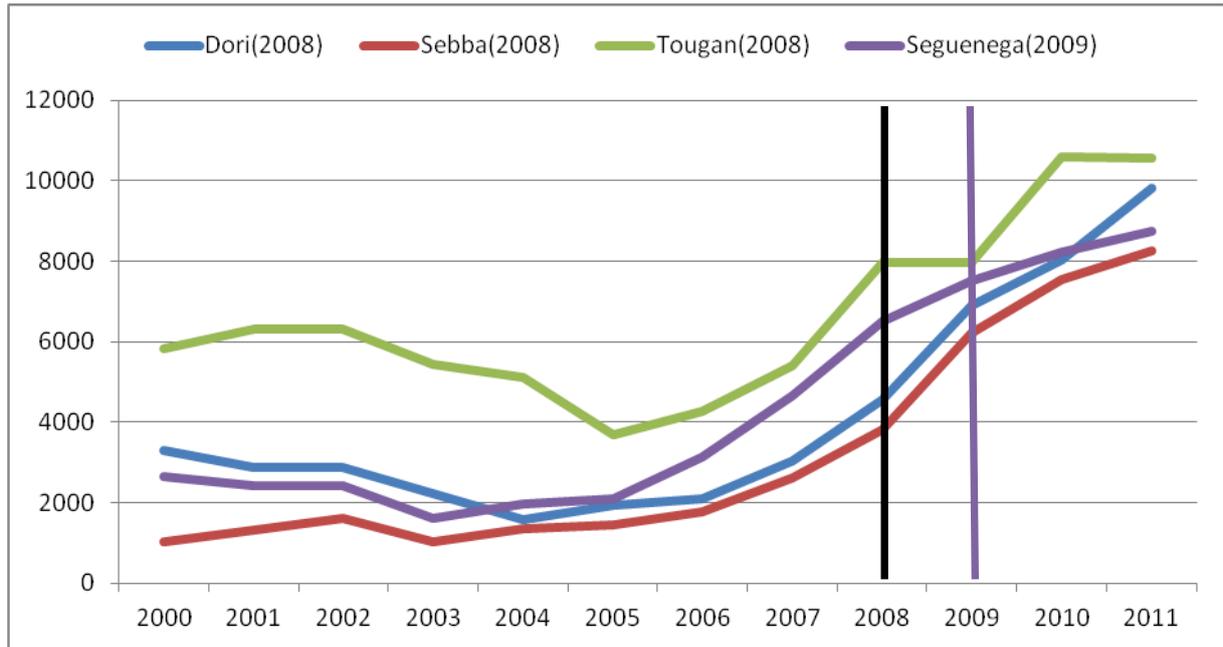


Figure 12: Evolution du nombre d'accouchements assistés dans les districts de Seguenega, Tougan, Sebba et Dori

Le taux de mortalité maternelle institutionnelle

Le ratio moyen de la mortalité maternelle qui est de 836 décès maternels en 2000 passe à 105 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2011. Dans le district de Sebba, l'exemption permet une réduction importante du ratio de la mortalité maternelle. En effet, le taux passe de 510 décès en 2007 à 192 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2009.

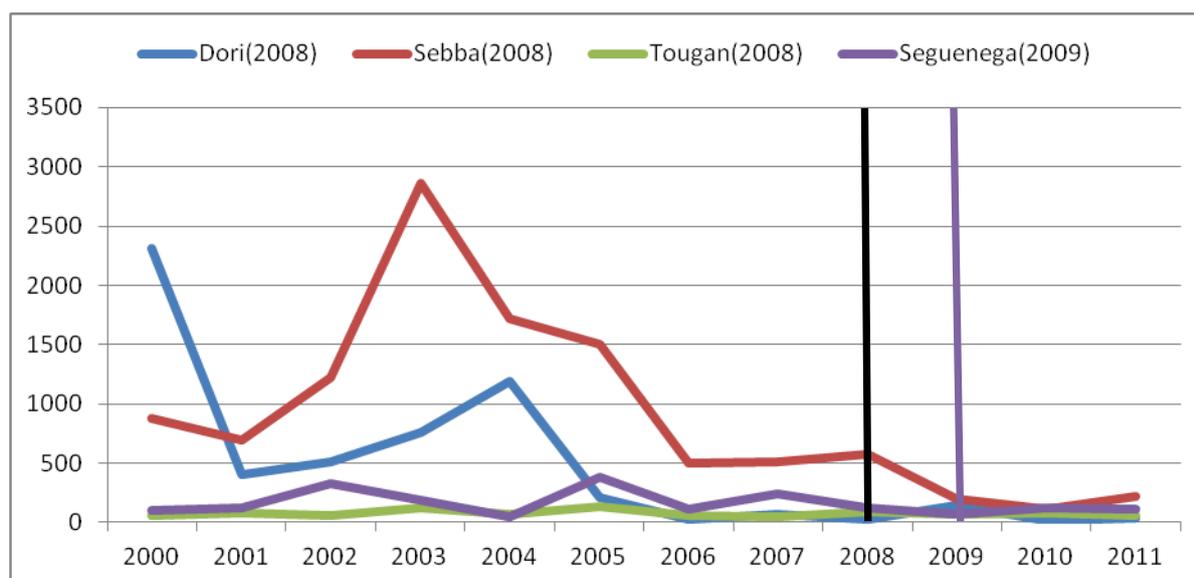


Figure 13: Evolution du ratio de la mortalité maternelle dans les districts de Seguenega, Tougan, Sebba et Dori

Les leçons apprises pour la pérennisation

Cette enquête sur l'exemption des soins a permis de tirer un certain nombre de leçons. Certaines pourraient être aussi prises en compte pour un passage à l'échelle national du système. Il s'agit :

- Le coût élevé de l'exemption nécessite la participation d'un partenaire financier extérieur (ONG, aide bilatérale ou multilatérale).
- La difficulté de collaboration entre ONG et district dans la mise en œuvre des activités de supervisions et de contrôles des formations sanitaires
- La nécessité de motiver les agents de santé qui voit leur charge de travail augmenté avec le financement basé sur les résultats
- La mise en place d'un comité de pilotage au niveau des deux districts permet de résoudre les difficultés de remboursement aux formations sanitaires
- Le renforcement de la capacité de gestion et de contrôle des formations sanitaires par les CoGes.

4.5 Exemption de paiement direct des soins d'accouchements

L'émergence et la formulation de la stratégie

Contexte justificatif

Cette stratégie a été mise en place par le district de Kaya dans la région de Centre Nord. Elle a débuté en 2007 dans toutes les formations sanitaires du district. En effet, devant le constat de la faiblesse du taux d'accouchements assistés du district par rapport à la moyenne régionale, l'ECD décide de l'adaptation de la stratégie nationale de subvention des accouchements de 80 % à la gratuité des accouchements assistés. Ce faible taux était du en partie à l'incapacité financière de nombre de parturientes à payer les 900 FCFA (1.4 €) qui était exigé après la mise en place de la politique nationale de subvention. Le médecin chef déclare « *Notre district était le dernier district de la région en matière d'indicateurs de santé maternelle sur le taux d'accouchements et ce malgré la stratégie nationale de subvention des accouchements et la disponibilité en formations sanitaires et personnel de santé. Nous avons mené la réflexion avec les CoGes pour voir ce que nous pouvons faire dans cette situation. Surtout que nous avons des opportunités existent à savoir les avis d'octroi de crédits et les ressources gérées par les CoGes* ».

Processus d'adoption et formulation de la stratégie

Le passage à la gratuité des accouchements dans le district de Kaya s'est fait en trois étapes :

- La concertation avec les CoGes qui a abouti à leur consentement pour contribuer au rachat de la contribution de la patiente
- L'évaluation et la mise à disposition des ressources : une estimation des accouchements attendus a été faite et la part contributive des acteurs évalué selon la clef de répartition. Ainsi la contribution de chaque CoGes ne devrait pas dépasser 5 000 FCFA par mois en 2007. L'ECD a ensuite procédé à la confection des kits d'accouchement pour doter les CSPS en fonction des accouchements attendus de chaque formation sanitaire. Ces kits sont issus de l'exécution de la ligne médicament de crédit délégué et selon les estimations de 2007 consommait moins des 3/4 du montant total (neuf millions) de cette ligne soit 2/3 du budget.
- La mise en place de dispositif de suivi et des supports : ce dispositif était le même que la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU. Les outils utilisés pour le suivi sont : les fiches de prise en charge individuelle, le carnet SONU (facturier) à la maternité, l'ordonnancier SONU pour la maternité, le cahier de vente journalière spécifique SONU pour le

gérant du dépôt MEG et le cahier de suivi des fonds SONU pour le trésorier CoGes. Pour les mécanismes de suivi, il s'agissait de compiler et d'analyser périodiquement les factures individuelles des rapports de synthèse, de faire des bilans de la subvention des accouchements et d'établir trimestriellement le coût moyen de l'accouchement par FS.

Cette stratégie devrait permettre de prendre en charge tous les accouchements assistés dans les formations sanitaires et de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale.

La mise en œuvre de la stratégie

Pour la mise en œuvre, l'ECD confectionnait les kits d'accouchements pas l'achat des médicaments grâce à la ligne réservée sur les avis d'octroi de crédits. Ces kits étaient ensuite distribués aux formations sanitaires en fonction des accouchements attendus annuellement. Les CoGes remboursaient en espèces leur part contributive après vérification à partir des supports mis en place à cet effet.

D'importantes difficultés ont conduit le district à l'arrêt de cette intervention en 2011. En effet, l'instabilité de l'équipe dirigeante du district a entraîné des incompréhensions sur le mode de remboursement aux formations sanitaires (trois médecins chefs en trois ans). C'est ainsi que le district est passé successivement de la dotation de kits de médicaments au remboursement par un forfait et à la règle de trois. En outre, les difficultés liées au retard de déblocage et la baisse des avis d'octroi de crédits ne permettaient pas de faire face aux besoins sans cesse croissants. Le district n'arrivait plus à approvisionner régulièrement et à temps les formations sanitaires. Le médecin-chef déclare « *nous n'avions pas tenu compte des facteurs externes sur lesquels cette intervention s'est basée à savoir la date de mise à notre disposition des avis d'octroi de crédits et le remboursement de la stratégie de subvention nationale* ». Enfin, le remboursement de la stratégie nationale de subvention était basé sur la saisie régulière des fiches d'accouchement par le district. Il était remboursé sur le nombre de fiches saisies par l'Etat. Mais, le district ne disposant pas d'opérateur de saisie a accusé un grand retard dans la saisie des fiches. A cela il faut ajoute les insuffisances du logiciel qui ne prend pas en compte l'ouverture de nouvelles formations sanitaires. Toutes difficultés sont à l'origine des retards de remboursement aux CoGes. Cette situation met en tension la situation financière des CoGes qui ne sont plus à mesure d'assurer la commande de médicaments pour approvisionner les dépôts des formations sanitaires.

Effets de la stratégie sur l'accouchement assisté

Cette gratuité des soins pour accouchements assistés a permis une augmentation de la couverture en accouchement assisté dans le district. En effet, le nombre d'accouchements assistés est passé de 5 333 en 2005 à 13 697 accouchements assistés en 2009. La décroissance de la courbe en 2003 s'explique par la redéfinition de l'accouchement assisté faite à cette année. Elle entraîne une chute du taux de 20 % par rapport à l'année antérieure. Cela a permis de voir l'importance des accouchements effectués pas les accoucheuses traditionnelles ou villageoises.

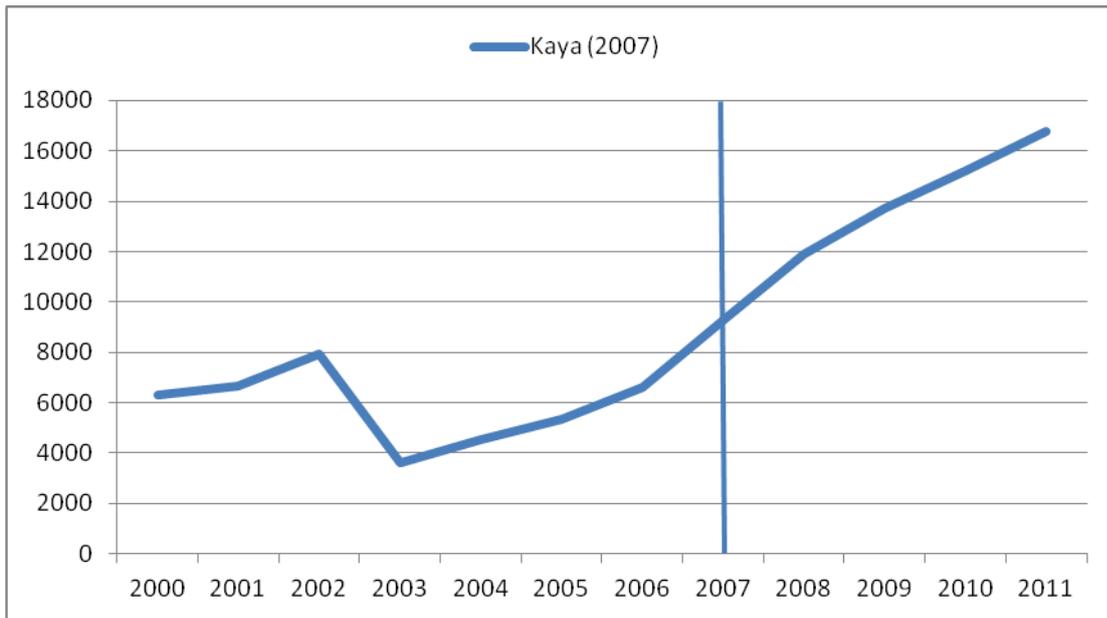


Figure 14: Evolution du taux d'accouchements assistés dans le district de Kaya

4.6 Exemption de paiement direct des soins de césarienne

L'émergence et la formulation de la stratégie

Contexte justificatif

Cette stratégie est mise en œuvre par le district sanitaire de Zorgho dans la région du Plateau Central. Elle a été initiée par l'ECD en 2009 suite au constat de la difficulté d'évacuer les parturientes à l'hôpital du district en cas de complications obstétricales nécessitant un meilleur plateau technique que celui des formations sanitaires périphériques. En effet, cette difficulté résidait dans le refus de l'évacuation des parturientes ou la famille car étant dans l'impossibilité de payer les 11 000 FCFA (16,8 €) en cas d'intervention obstétricale. Cela était responsable d'une morbidité et une mortalité maternelles et néonatales élevées dans le district. Le médecin chef déclare « la grande majorité des résultats des

audits de décès maternels mettaient en cause l'incapacité financière des ménages à payer les frais d'accouchement surtout de la césarienne. Vu le nombre de césarienne réalisée chaque année par le district, nous juger nécessaire de prendre en charge gratuitement la césarienne avec la ligne médicaments des avis d'octroi de crédits alloués chaque année au district ».

Processus d'adoption

Le processus d'adoption de l'intervention locale a consisté par :

- La mise en place d'un comité d'évaluation du nombre de césarienne attendue et des besoins médicaments pour la réalisation d'une césarienne. Ce comité devrait évaluer aussi la faisabilité de la mise en place de la gratuité de la césarienne dans ce contexte de stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU par l'Etat. Ainsi, le comité propose l'utilisation des avis d'octroi de crédits que l'Etat accorde au district chaque année comme source de financement de la part des femmes pour la réalisation de la césarienne.
- Une réunion du Conseil de Santé du District (CSD) a été tenue au cours de laquelle le comité a exposé les résultats de l'évaluation et de la faisabilité. Les participants à cette réunion (responsables administratifs et politiques, CoGes, responsables des formations sanitaires) se sont engagés à apporter leur soutien moral dans la mise en œuvre de cette stratégie. Une forte implication des CoGes a été demandée afin d'informer et sensibiliser la communauté sur la gratuité de la césarienne dans leur aire de responsabilité.

Formulation et mise en œuvre de la stratégie

L'objectif principal de cette intervention est d'améliorer l'accessibilité financière des femmes à la césarienne. Il devrait permettre une réduction de la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales dans le district. Cette intervention fait suite à la politique nationale de subvention. Les opportunités d'action sont la subvention nationale et la ligne réservée à l'achat de médicaments pour la prise en charge des urgences par les avis d'octroi de crédits

Le district utilise la ligne médicaments des avis d'octroi des crédits pour l'achat de kits césarienne en considérant que la part payée par la parturiente devrait être servi à l'achat des médicaments pour la césarienne (soins opératoires et postopératoires). Les kits sont confectionnés et pré positionnés au bloc opératoire et un agent se charge de la gestion des kits. La parturiente est alors pris en charge gratuitement jusqu'à la cicatrisation de la plaie opératoire. Un agent du bloc opératoire est chargé de la gestion des kits confectionnés.

Le district rencontre des difficultés de mise en œuvre de l'intervention locale. En effet, les difficultés d'approvisionnement en kits entraînent la rupture de kits au niveau du bloc opératoire. Elles sont liées au retard de la mise à disposition des avis d'octroi de crédits. Le district effectue alors les dépenses sur le budget de fonctionnement. Cette situation s'aggrave avec les difficultés de remboursement de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU.

En outre, en cas d'évacuation vers le niveau supérieur (CHU), la parturiente ne bénéficie pas de cette gratuité de la césarienne. Alors la parturiente ou la famille refuse l'évacuation. Le médecin chef déclare « nous sommes impuissants devant de telle situation. Nous perdons alors la confiance placée en nous par la communauté à ce moment. Alors nous devrions revoir la sensibilisation de la communauté »

Effets de la stratégie sur le nombre de césarienne

L'exemption de paiement des soins de césarienne serait à « l'origine de la promptitude pour les évacuations pour suites de couche au 2^{ème} échelon ». En effet, la gratuité de la prise en charge des urgences obstétricales favorise l'adhésion des femmes ou de la famille à l'évacuation à l'hôpital du district. Cette gratuité concerne le transport, l'acte et les soins en hospitalisations.

Cela se traduit par un nombre de césarienne qui passe 132 en 2006 à 250 en 2011. Le nombre d'évacuation pour suite de couches au 2^{ème} échelon a aussi connu une hausse de 2009 à 2011 respectivement de 537 à 700 parturientes évacuées. Cette amélioration de ces indicateurs est très notable à partir de la mise en œuvre de l'exemption du paiement en 2009.

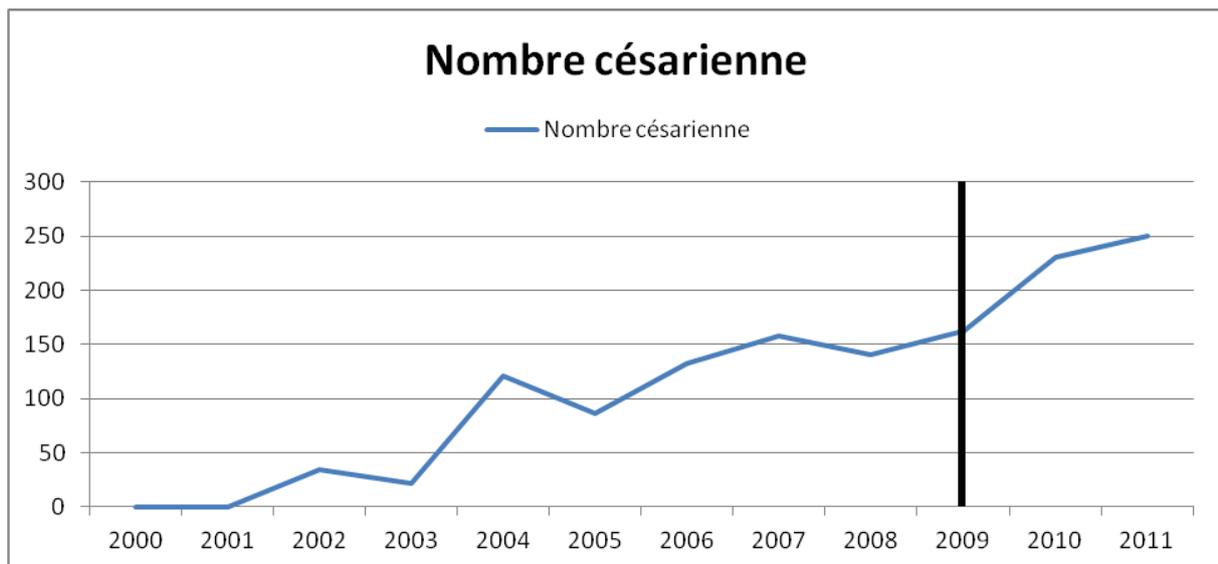


Figure 15: Evolution du nombre de césarienne dans le district de Zorgho

Le médecin-chef déclare « *il y a parfois des cas d'évacuations par excès ce qui n'est pas si mal en soi car on dit qu'en matière d'évacuation il vaut mieux pêcher en excès et surtout dans le domaine de la santé maternelle* ». En outre il estime « *il est possible de pérenniser cette intervention et même de l'étendre à tout le pays par l'utilisation des avis d'octroi de crédits réservés aux médicaments. Ce qu'il faut, c'est l'engagement du premier responsable du district.* »

5 Discussion globale

Notre étude présente quelques limites. Certains facteurs individuels comme le degré de satisfaction des bénéficiaires, l'efficacité économique de l'intervention par la réduction des dépenses pour les soins obstétricaux et le degré d'implication des autorités communales dans les interventions locales ne sont pas mesurés. En outre, les différents types d'intervention n'ont pas débuté au même moment dans les districts.

Nous avons voulu connaître la contribution des interventions locales d'exemption du paiement dans l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins obstétricaux d'urgence dans le contexte de la stratégie de subvention nationale des accouchements et des SONU. Pour cela, nous construisons notre réflexion autour de l'opportunité de ces interventions locales dans ce contexte.

L'objectif général était de réaliser une analyse et d'évaluer leur effet sur les indicateurs de santé maternelle de ces interventions locales mises en place dans les différents districts sanitaires au Burkina Faso en 2012 dans un contexte de stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU.

Cette discussion s'organise autour des trois points suivants : l'émergence et la formulation de l'intervention locale, la mise en œuvre au niveau local et les effets sur les indicateurs de santé maternelle.

5.1 De l'émergence et la formulation

Les interventions locales d'exemption du paiement étudiées au cours de cette enquête sont le système de partage des coûts, l'exemption du paiement des soins, l'exemption du paiement des soins pour l'accouchement assisté et l'exemption du paiement des soins pour la césarienne. La majorité (10 sur 16 districts) des districts enquêtés met en œuvre le système de partage des coûts des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence.

L'idée de mettre en œuvre des interventions locales d'exemption du paiement vient des différentes équipes cadres sauf celles initiées par les ONG. Cette initiative des ONG s'inspire sur une expérience nigérienne sur l'exemption du paiement des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins

de cinq ans. Cette intervention a été mise en œuvre par l'ONG HELP au Niger, en 2006 dans deux districts Mayahi et Téera (Ridde, 2009).

Seul le tiers des districts avait mis en place une intervention locale avant 2006. Il s'agit des districts de Bogandé, Diapaga, Pama, Koupèla, Bogodogo et Ouargaye. Le reste, la majorité, l'a été après l'année 2006 qui représente le début de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU. Selon ces districts, la stratégie nationale de subvention ne permet pas un meilleur accès financier aux soins obstétricaux d'urgence de la plupart des femmes. Malgré la subvention nationale, les coûts des soins obstétricaux étaient toujours élevés pour les ménages. Les dépenses engendrées par les soins obstétricaux d'urgence constituent des dépenses catastrophiques pour la majorité des ménages de la population rurale. En effet les dépenses pour un accouchement assisté dans le district de Ouargaye coutait 4 750 FCFA (7,3 €) en 2007 tous frais compris (Ridde, 2012). La question que l'on se pose est quelles seraient alors les dépenses des ménages pour des soins liées à la césarienne ? Cette incapacité était responsable d'une forte morbidité et mortalité maternelle et néonatale et les cas de décharge et d'évasion dans les hôpitaux du district. Pour ces districts, il fallait trouver une solution qui allait leur permettre de réduire cette morbidité et mortalité et améliorer la situation comptable de la caisse de l'hôpital. D'où la nécessité des efforts supplémentaires dans la réduction de la barrière financière par la mise en place d'une gratuité des soins obstétricaux d'urgence (Ridde, 2012).

Les interventions locales permettent une réduction notable des dépenses de santé au point de santé. Les soins fournis sont presque gratuits dans certaines situations pour les groupes cibles. Cette gratuité répond aux enjeux de l'accès aux soins et au financement de la santé dans les pays en développement où l'on réalise l'impossibilité de l'atteinte des OMD (Cholet, 2011). En effet, beaucoup de ménages sont obligés de s'endetter afin d'assurer les dépenses de santé. Kruk (2009) trouve que 80 % des ménages pauvres sont obligés de recourir à un prêt ou vendre ses biens afin de faire face aux dépenses de santé. Dans ce contexte, il s'agit d'un ménage qui ne pourra plus sortir du cycle de la pauvreté.

Les districts initiateurs d'interventions locales ne reçoivent pas un appui financier direct de partenaire (ONG, Institutions Internationales). Ils bénéficient d'un appui logistique de l'Etat. En outre, il apporte un appui budgétaire annuel dont bénéficient tous les autres districts du pays. Les districts initiateurs ont profité de la stratégie nationale de subvention pour améliorer encore plus l'accessibilité financière des femmes aux soins obstétricaux d'urgence. Ce qui nous fait penser que tous les districts du pays peuvent mettre en place une stratégie d'amélioration d'accessibilité financière aux soins obstétricaux d'urgence. Il suffit seulement d'y penser et de définir correctement le cadre d'intervention avec la forte implication de la communauté (CoGes). Dans la littérature, les stratégies d'exemption de paiement bénéficient toujours de l'appui de l'Etat grâce au financement du programme Pays Pauvres Très

Endettés (PPTTE) financé par les institutions internationales. Les initiateurs de cette stratégie sont les politiques (Chef d'Etat) à la veille d'élection présidentielle (Ridde, 2011) sans consultation des techniciens de la santé. En Bolivie, l' « Assurance Universelle Mère Enfant » (SUMI) possède trois sources de financement : communes, départementale et nationale. Cette assurance a permis une meilleure accessibilité aux soins obstétricaux par la levée de la barrière financière (Pooley, 2008).

Ces interventions permettent de s'attaquer à deux des trois retards incriminés dans la mortalité maternelle (le retard mis pour arriver dans la structure de soins et le retard mis pour recevoir les soins). En effet, les femmes n'hésitent plus à se rendre dans les centres de santé et acceptent facilement la proposition d'être évacué à l'échelon supérieur de soins. Aussi, les hôpitaux du district sont aptes à prendre en charge sans prépaiement des soins. Néanmoins, il se pourrait qu'avec le processus inclusif d'implémentation, la communauté prenne conscience de la nécessité de consulter le plutôt possible les services de santé maternelle. Il est recommandé de sensibiliser la communauté sur les signes de complications liées à la grossesse et de la référence à temps afin de réduire la morbidité et mortalité maternelles (Essendi, 2010). Les concepteurs des politiques des soins d'urgence maternels et néonataux doivent impliquer nécessairement la communauté afin de réussir cela (Pasha, 2010). Toutes ces interventions sont mises en place avec l'implication de la communauté à travers les CoGes. Dans le SPC, les CoGes sont chargés de la collecte de la part des ménages. Ces ménages sont plus aptes à consulter rapidement en cas de travail d'accouchement au centre de santé que l'accoucheuse villageoise. Le fait de contribuer incite la communauté à recourir aux soins pour lesquels elle a payé.

5.2 De la mise en œuvre de l'intervention locale

Au cours de notre enquête, la mise en œuvre connaît la participation des différents acteurs. Cette mise en œuvre a connu des évolutions selon le contexte avec les réformes du secteur de la santé.

Cependant les différentes interventions locales rencontrent d'importantes difficultés. Ce sont : les difficultés de mobilisation des ressources financières, la faible implication des autorités communales et administratives locales, les difficultés de coordination des activités avec l'équipe cadre du district et l'augmentation de la charge du travail. Ces difficultés de fonctionnement ne sont pas vécues de la même manière.

D'abord, les acteurs (district et ONG) rencontrent des problèmes de coordination des activités sur le terrain. La conduite des activités de supervision et de contrôle conjointes ne sont pas régulièrement programmées. Chaque acteur n'étant pas disponible quand l'autre l'est pour la réalisation des activités. En réalité, la politique de gratuité conduite par les ONG désorganise le fonctionnement des services de

santé. Elle révèle l'influence considérable des sources de financement extérieur et la faiblesse des sources internes de financement de la santé dans les pays en développement. Si dans notre contexte les acteurs ne signalent pas de difficultés d'implémentation, on en retrouve dans la littérature. En effet, les auteurs décrivent des difficultés dans l'implémentation, le financement et l'application précipitée de la mesure. Ces problèmes ont entraîné l'arrêt de la politique d'exemption quelques mois après leur mise en œuvre au Madagascar, au Kenya, et au Ghana (Ridde, 2011). Au Ghana, les centres de santé réintroduisaient temporairement le paiement direct, le temps d'être remboursé afin de faire face aux dépenses de fonctionnement du centre (Ridde, 2011).

Ensuite, l'augmentation de la charge de travail est liée à une utilisation abusive des services de santé par la population. En effet, l'absence de ticket modérateur dans l'exemption de paiement des soins est responsable de cette situation. Cette gratuité des soins présente d'autres risques comme l'approvisionnement des médicaments et la motivation des agents de santé. Les médicaments ne sont plus payés par les utilisateurs mais par l'ONG avec de longues procédures administratives. L'afflux soudain d'utilisateurs sans augmentation du personnel combiné à l'absence de ristournes que procurait le paiement direct crée une surcharge de travail et une démotivation. Certes, il y a le financement basé sur la performance des agents de santé dans les districts de Tougan et Seguenega. Mais les agents de santé se plaignent toujours de la surcharge de travail. A terme, il va se poser un véritable problème dans la qualité des soins prodigués. En Afrique du Sud et Ouganda, les politiques d'exemption ont entraîné une surcharge de travail avec la démotivation et les difficultés d'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires. On notait un abandon des activités de promotion de la santé dans les formations sanitaires par les agents de santé dans ces deux pays (Ridde, 2011). Malgré cela, les agents de santé étaient satisfaits de cette politique d'exemption. Elle avait permis de réduire la barrière financière d'accès aux soins. Ils préconisaient aux décideurs d'être associés dans le processus de mise en œuvre.

Enfin, les difficultés de mobilisation des ressources financières concernent les interventions avec les acteurs nationaux (système de partage des coûts, exemption de paiement des soins pour l'accouchement assisté et la césarienne). Les acteurs défaillants sont principalement les communes et les CoGes. Elles s'expliqueraient par l'absence d'une réelle et franche collaboration entre les communes et les districts dans la conduite des activités de santé. Malgré la rétrocession de la gestion des formations sanitaires périphériques aux communes avec le processus de décentralisation intégrale. En outre, les problèmes de sensibilisation de la communauté seraient responsables de l'incapacité de certains CoGes à s'acquitter de leur cotisation. Cette situation s'aggrave avec le paiement non officiel des actes pris en charge par l'intervention locale exigés par certains agents de santé. Malgré ces

difficultés, aucune intervention n'est en cessation de paiement des frais des soins à l'hôpital de district. Dans le district de Po, le remboursement se faisait malgré un retard d'une année des formations sanitaires.

La politique de gratuité, si elle permet une facilité d'accès aux services de soins, doit être revue afin qu'elle soit pérenne. Les actions des ONG sont inscrites dans le temps. Elles finissent avec le financement des partenaires extérieurs. En effet, il faudrait trouver d'autres mécanismes de financement que les sources extérieures. Les sources internes doivent être renforcées avec des financements innovants (entreprises publiques et privées, les sociétés de téléphonie mobile, le secteur formel) et une participation financière de la communauté en tenant compte de leur capacité et volonté de payer. Sophie et al, avaient retenu dix leçons à partir de l'expérience ghanéenne sur l'exemption de paiement des soins de santé maternelle (Witter, 2009) :

- L'exemption peut être coût-efficace sur l'utilisation des services de santé maternelle et la baisse des dépenses en soins de santé maternelle.
- L'équité est facilitée par la politique d'exemption. Ils notent une augmentation de l'utilisation des services de santé dans la population pauvre. Elle avait plus bénéficié les pauvres que les riches.
- L'assurance d'un financement adéquat et pérenne est nécessaire afin d'éviter les difficultés de fonctionnement des centres de santé et l'implémentation par intermittence de la politique d'exemption. Ce qui crée des problèmes dans la relation entre la communauté et les agents de santé.
- La mise en place au niveau ministériel d'un comité national de gestion de l'exemption. Ce comité serait chargé du pilotage de l'implémentation, du management et du suivi de la politique de l'exemption.
- La politique d'exemption doit cibler les populations incapables de payer les soins de santé. Elle devrait concerner en priorité les soins d'urgence. Cela permettrait de sauver des vies et protéger les ménages contre les dépenses catastrophiques de santé.
- Les centres de santé doivent être remboursé adéquatement et à temps afin de leur permettre de faire face aux dépenses de fonctionnement du centre.
- La politique d'exemption doit tenir compte de la motivation des agents de santé au cours de l'implémentation. Elle entrainerait une surcharge de travail de ces agents et la suppression des ristournes que procurerait le paiement direct.

- L'attention doit nécessairement être portée aussi sur l'amélioration de la qualité des soins. En effet, la surcharge de travail et la démotivation avaient un impact négatif sur la qualité des soins.
- L'implication de tous les acteurs du système sanitaire est nécessaire dans le processus d'implémentation de la politique d'exemption.

L'élaboration d'une stratégie rigoureuse de suivi évaluation de la politique d'exemption est nécessaire. Ce suivi évaluation sera effectué par le comité ministériel et des évaluateurs indépendants

5.3 Des effets de l'intervention locale sur les indicateurs de santé maternelle

Les interventions locales mises en œuvre dans les districts sanitaires ont entraîné une amélioration des indicateurs de santé maternelle. Cette amélioration des indicateurs est en grande partie due à la forte réduction de la barrière financière de l'accès aux soins. En effet, les soins obstétricaux dans les hôpitaux étant très coûteux, les interventions locales prenaient en charge les frais de transport au centre de référence et les coûts officiels (acte d'accouchement ou opératoire, les soins post opératoire et les frais d'hospitalisation). Les autres coûts (coûts non officiels, le transport des accompagnants, la restauration...) sont à la charge du ménage. Les ménages sont alors déchargés d'une grande partie des dépenses qu'elles devraient faire face surtout en cas de complications obstétricales. Le déroulement de l'accouchement est un processus imprévisible surtout les complications obstétricales. Les ménages ne se préparent pas pour faire face à ces dépenses imprévisibles d'où le recours aux accoucheuses traditionnelles.

Mais grâce aux interventions locales, les ménages ont de plus en plus recours aux centres de santé en témoigne l'augmentation de tous les indicateurs de santé maternelle observée dans tous les districts dans notre étude. Le taux de mortalité maternelle institutionnelle a connu une importante baisse de 222 décès pour 100 000 naissances en 2001 à 74 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2011 pour l'ensemble des districts.

Ces résultats corroborent avec les données de la littérature. Il y est décrit des effets positifs grâce à des interventions réduisant la barrière financière d'accès aux soins obstétricaux (Ridde, 2009 ; Penfold, 2007 ; Burnham, 2004). Ces effets positifs sont notamment l'augmentation des accouchements assistés, des césariennes et l'évitement des dépenses catastrophiques des ménages (Xu, 2007). Au Sénégal (Witter, 2010), la mise en place d'une politique de gratuité de la césarienne en 2005 dans cinq régions les plus pauvres avait entraîné une augmentation du taux d'accouchement assisté et de réalisation des césariennes respectivement de 40 % à 44 % et de 4.2 % à 5.6 % entre 2005 – 2006.

Cependant, cette politique ne prenait pas en compte les frais de transport des patientes ce qui expliquerait une augmentation inférieure à nos résultats. Pour Xu (2007), le système de prépaiement des soins de santé en dehors de l'épisode de maladie permettrait de protéger la population contre les dépenses catastrophiques.

Les interventions locales ont permis une augmentation du nombre des évacuations vers l'échelon supérieur de soins dans tous les districts. Cette augmentation est liée à l'acceptation par les femmes et/ou leur famille de la proposition d'évacuation des agents de santé. L'acceptation de l'évacuation est due en grande partie de la gratuité du transport en ambulance. Au Niger, la mise en place d'un système de financement communautaire des évacuations a permis d'améliorer l'accès aux soins d'urgence. En effet, le nombre d'évacuations passe de 191 (2008) à 460 (2009) en une année en faveur des groupes cibles (72 %) (Barro, 2012). Cette étude confirme la nécessité d'intégrer la gratuité du transport en ambulance lors de l'élaboration des politiques d'exemption du paiement des soins (Barro, 2012).

Au Ghana, l'effet de l'exemption de paiement sur la mortalité maternelle institutionnelle n'était pas statistiquement significatif dans les deux régions d'implémentation malgré une baisse de ces décès de 445 à 391 pour 100 000 naissances dans la région du Centre et de 648 à 391 décès pour 100 000 naissances dans la région de la Volta (Bosu, 2007). Mais l'effet est significatif sur l'accouchement assisté avec une augmentation du taux de 13,7 % à 22,3 %. Cette augmentation a concerné toutes les catégories socioprofessionnelles de la population des zones d'implémentation de la politique d'exemption des frais d'accouchement (Penfold, 2007).

En Ouganda (Burnham, 2004 ; Nabyonga, 2005), l'abolition du paiement direct des soins de santé a entraîné une augmentation de l'utilisation des services de santé parmi les pauvres. Cette catégorie ne se rendait pas au centre de santé pour la recherche de soins car ne pouvant pas payer ces frais (Burnham, 2004; Nabyonga, 2005). Dans notre cas, toute la population de l'aire du district de mise en œuvre bénéficiait des avantages du système de partage de coûts sans vérification de la régularité des cotisations du patient ou de son centre de santé d'origine.

Conclusion

La mortalité maternelle et infantile demeure un problème de santé publique et développement. Les OMD, qui sont consacrés à la santé maternelle et infantile, ne seront pas atteints en 2015 en Afrique Sub-saharienne. C'est dans ce contexte que certains districts sanitaires au Burkina Faso ont initié des interventions locales de réduction de la barrière financière aux soins obstétricaux d'urgence par

l'exemption du paiement. Ces interventions existent malgré la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU.

Notre étude visait à déterminer la contribution des interventions locales dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins obstétricaux d'urgence dans le contexte de stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU.

Les interventions initiées avant la stratégie nationale en 2006 avaient entraîné une amélioration de l'accessibilité en témoigne l'augmentation des indicateurs de santé maternelle (accouchement assisté, nombre de césarienne) et la réduction de la mortalité maternelle. Après 2006, il y a eu un renforcement de l'accessibilité aux soins si bien que beaucoup de ces interventions se sont mises en place à cette période. Pour ces districts, la stratégie nationale seule ne suffisait à améliorer l'accessibilité financière des femmes aux soins obstétricaux d'urgence. Ce qui nous permet de dire qu'il serait pertinent de généraliser ces interventions à tout le pays afin de faire bénéficier toutes les femmes du pays.

Parmi ces interventions, le système de partage des couts semble être celle qui pourrait passer à l'échelle nationale vue qu'il permet d'atteindre les objectifs avec peu de moyens utilisés. Il s'agit d'une intervention pertinente et bénéfique en association avec la politique nationale de subvention. Il peut permettre de résoudre les trois retards incriminés dans la mortalité maternelle. Par contre, l'exemption de paiement des soins ne peut fonctionner sans l'appui de partenaires extérieurs. Ces sources de financement extérieur sont appelées un jour à disparaître surtout avec la crise économique mondiale. Il est donc impératif de mettre en place un système avec plusieurs sources de financement surtout la participation communautaire.

Toutes fois, ces interventions doivent surtout s'appuyer sur l'initiative de Bamako qui a échoué sur l'accessibilité financière des soins de santé (équité). La mise en œuvre devrait bénéficier d'une évaluation locale avec les différents acteurs locaux pour leur large implication afin de tenir compte du contexte local. En outre il faut une institution centrale chargée de coordonner et gérer l'intervention avec des lignes directrices uniformes pour tout le pays. Pour cela, il faudrait améliorer les points suivants :

- La capacité gestionnaire des administrateurs du SPC, notamment administrative et financière
- L'implication de la population et des prestataires de services à tous les stades de la mise en œuvre
- Un dialogue continu et une relation de confiance mutuelle entre les gestionnaires, le personnel médical et la communauté
- Le degré de motivation du personnel de santé ainsi que leur relation avec la population

- La fixation de primes à des niveaux très sensiblement en dessous du coût prévu d'un traitement médical et l'exemption des indigents.
- Introduire une forme quelconque de paiement, afin de susciter ainsi l'intérêt du consommateur pour des formes de paiements alternatives.
- Faire des ajustements en permanence la part à payer, la couverture et la qualité des services doit demeurer attrayante et limiter la couverture au début aux groupes les plus vulnérables.

Références bibliographiques

- Babalola S, Fatusi A. (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigeria--looking beyond individual and household factors. *BMC pregnancy and childbirth* ;9:43.
- Barro M, Borroy H, Djibo H, Hercot D, Ridde V. (2012). Solidarity-based financing of medical evacuations to improve access to emergency care, Keita Medical District (Niger). *Field Actions Science Reports. Special Issue 8* ; 5p.
- Borghì J, Storeng K-T, Fillipi V. (2008). Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. *Studies in HSO&P* ;25.
- Bosu WK, Bell JS, Armar-klemesu M, Tornui JA. (2007). Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the central and volta regions of Ghana. *Ghana Medical Journal*;41(3):118–24.
- Burnham GM, Pariyo G, Galiwango E, Wabwire-Mangen F. (2004). Discontinuation of cost sharing in Uganda. *Bulletin of the World Health Organization* ;82(3):187–95.
- Campbell OMR, Graham WJ. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* ;368(9543):1284–99.
- Chan M. (2007). Launch of the UK Department for International Development's new health strategy. London.
- Cholet E., (2011). La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ? in Kerouedan, *Santé Internationale. Presses de Sciences Po*"Hors collection" ;261-71.
- Essendi H, Mills S, Fotso J. (2010). Barriers to Formal Emergency Obstetric Care Services ' Utilization. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* ;88:356–69.
- Gabrysch S, Campbell OMR. (2009). Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC pregnancy and childbirth* ;9:34:18p.
- Gage AJ. (2007). Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali. *Social science & medicine* ;65(8):1666–82.
- Haddad S, Nougara A, Fournier P. (2006). Learning from health system reforms : lessons from Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*: 11(12):1889–97.

- Izugbara C-O, Ngilangwa D-P. (2010). Women , poverty and adverse maternal outcomes in Nairobi , Kenya. *BMC Women's Health*; 10(1):33.8p.
- Joud DO El, Prual A, Vangeenderhuysen C, Bouvier-Colle M-H. (2002). Epidemiological features of uterine rupture in West Africa (MOMA Study). *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 16(2):108–14.
- Kafando Y, Ridde V. (2010). Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé. *Cahiers Santé*. 20:153–61.
- Kruk ME, Goldmann E, Galea S. (2009) Borrowing and Selling to Pay for Health Care in Low- and Middle income countries. *Health Affairs*. 28(4): 1056-66.
- Meesen B., Zenzhong Z., Van Damme W., Devadasan N., Criel B., Bloom G. (2003). Iatrogenic poverty. Editorial. *Tropical Medicine and International Health*. 8 (7) 581-84
- Ministère de la Santé. (2012). *Annuaire statistiques 2011*. 244p.
- Ministère de la Santé. (2006). *Stratégie Nationale de Subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*. 65p.
- Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama PY, Omaswa FG, Walker O. (2005). Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health policy and planning*. 20(2):100–8.
- Onah HE, Ikeako LC, Iloabachie GC. (2006). Factors associated with the use of maternity services in Enugu, southeastern Nigeria. *Social science & medicine*. 63(7):1870–8.
- ONU. (2012). *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2011*; 72p.
- Ouédraogo C, Richard F, Compaoré J, Wissocq C, Pobel D, Ouattara F, Gréunais M-E, Bouwere V. (2008). Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso. *Studies in HSO&P*. 25.1. 53-93.
- Pasha O, Goldenberg RL, McClure EM, Saleem S, Goudar SS, Althabe F, et al. (2010). Communities, birth attendants and health facilities: a continuum of emergency maternal and newborn care (the global network's EmOC trial). *BMC Pregnancy and childbirth*. 10:82.
- Perkins M, Brazier E, Themmen E, Bassane B, Diallo D, Mutunga A, et al. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health policy and planning*. 24(4):289–300.

- Penfold S, Harrison E, Bell J, Fitzmaurice A. Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: (2007). Population estimates of changes in delivery service utilization in two regions. *Ghana medical Journal*. 41(3):100–9.
- Pooley B, Ramirez M, Hilari C. (2008). La réforme du secteur de la santé en Bolivie: une réponse pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux. *Studies in HSO&P*, 25, 1. 227 - 53.
- Richard F, Witter S, Brouwere V. (2008). Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faible ressources: il est temps d'agir. *Studies in HSO&P*, 25, 1. 13 - 24.
- Ridde V, Kouanda S, Bado A, Bado N, Haddad S (2012) Reducing the medical cost of deliveries in Burkina Faso Is good for everyone, including the poor. *PLoS ONE* 7(3): e33082. 8p.
- Ridde V, Morestin F (2011) A scoping review of literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*. 26;1-11.
- Ridde V, Diarra A. (2009). A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC health services research*. 9:89.16p.
- Ridde V. Girard J.-E.,. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*: (1);16;37-51.
- Ridde V, Queuille L. (2010). L'exemption du paiement: un pas vers l'accès universel aux soins de santé. *Expériences pilotes au Burkina Faso*. 44p.
- Say L, Raine R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries : examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organisation*: 85(10):812-819.
- Storeng KT, Drabo S, Ganaba R, Sundby J, Calvert C, Filippi V. (2012). Mortality after near-miss obstetric complications in Burkina Faso: medical, social and health-care factors. *Bulletin of the World Health Organization*. 90(6):418–25.
- Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS, Filippi V. (2008). Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social science & medicine*. 66(3):545–57.
- Thaddeus S, Maine D. (1994). Too far to walk: Maternal Mortality in context. *Social science and Medicine*. *Social Science & medicine*. 38(08):1091–110.

- Wall LL.(2006). Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. 368:1201–9.
- WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. (2010). Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2010. 70p.
- Wilkinson D, Gouws E, Sach M, Karim S-S. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*. 79(7):665–71.
- Witter S, Adjei S, Armar-Klemesu M, Graham W. (2009). Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*. 2(3):1–5.
- Witter S, Dieng T, Mbengue D, Moreira I, De Brouwere V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health policy and planning*. 25(5):384–92.
- Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs (Project Hope)*. 26(4):972–83.

Liste des figures

Figure 1: Le modèle des trois retards.....	10
Figure 2: Répartition des personnes enquêtées selon leur fonction	20
Figure 3: Evolution du nombre d'accouchements assistés dans la région du Centre Est.....	31
Figure 4: Evolution du nombre de césarienne dans la région du Centre Est	32
Figure 5: Evolution du ratio de mortalité maternelle dans la région du Centre Est	32
Figure 6: Evolution du nombre d'évacuation pour suites de couche au 2ème échelon dans la région du Centre Est.....	33
Figure 7: Evolution du nombre d'accouchements assistés dans la région de l'Est	34
Figure 8: Evolution du nombre de césarienne dans la région de l'Est	35
Figure 9: Evolution du ratio de la mortalité maternelle dans la région de l'Est.....	35
Figure 10: Evolution du nombre d'évacuation pour suites de couche dans la région de l'Est.....	36
Figure 11: Evolution du nombre de césariennes dans les districts de Bogodogo, Orodara, et Po	37
Figure 12: Evolution du nombre d'accouchements assistés dans les districts de Seguenega, Tougan, Sebba et Dori	43
Figure 13: Evolution du ratio de la mortalité maternelle dans les districts de Seguenega, Tougan, Sebba et Dori	44
Figure 14: Evolution du taux d'accouchements assistés dans le district de Kaya.....	47
Figure 15: Evolution du nombre de césarienne dans le district de Zorgho	49

Liste des tableaux

Tableau 1: Classification des coûts pour le ménage en fonction du lieu d'accouchement.....	11
Tableau 2: Répartition des districts selon la région sanitaire	16
Tableau 3: Les interventions et les districts sanitaires de mise en œuvre	21

Liste des cartes

Carte 1: Les districts ayant mis en œuvre des interventions locales au Burkina Faso en 2012.	18
Carte 2: Districts sanitaires mettant en œuvre des interventions locales de réduction de la mortalité maternelle selon le mécanisme de financement au Burkina Faso en 2012.....	21

Annexes

Annexe 1

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des différentes interventions locales mise en œuvre dans les 16 districts sanitaires du Burkina Faso en 2012

District sanitaire	Intervention locale	Année de début et fin	Sources de financement	Responsables	Modalités	Cibles
Bogandé	SPC	2003 En cours	Etat, CoGes (cotisation de population) et Patiente	Association solidarité pour la PEC des urgences chirurgicales et obstétricales de Bogandé (ASUCOB)	Avant 2006 : IOM/IMA : Patiente (18 850 FCFA), CoGes (28 275 FCFA), Transport en ambulance gratuit Après 2006 : IOM/IMA gratuites pour patientes et CoGes : 11 000 FCFA	Parturientes
Bogodogo	SPC	2005 En cours	Etat, Communes, CoGes et Patiente	District sanitaire	Avant 2006 : IOM/IMA : Patiente (25 000 FCFA), CoGes (8 000 FCFA), Communes (20 000 FCFA), Etat-ECD (21 000 FCFA), Transport en ambulance gratuit Après 2006 : Patiente (5 000 FCFA), CoGes (6 000 FCFA), Communes (13 000 FCFA), ECD (14 000 FCFA)	Parturientes
Diapaga	SPC	2002 En cours	Etat, CoGes (cotisation de population)	Association Todyaba	Avant 2007 : IOM/IMA : Patiente (19 130 FCFA), CoGes (28 695 FCFA), Transport en ambulance gratuit 2007 : IOM/IMA gratuites pour patiente CoGes (11 000 FCFA) Transport en ambulance gratuit	Parturientes

Dori	Exemption du paiement direct des soins	2008 En cours	Service d'aide humanitaire de l'Union européenne ECHO	ONG HELP	Subvention totale des soins (gratuité), et transport en ambulance gratuit Dotation en matériels médico-techniques et supports, Formation des agents de santé	Femmes enceintes, Femmes allaitantes de moins de 6 mois, Enfant de moins de 5 ans
Fada	SPC	Février 2009 En cours	Etat, CoGes (cotisation de population), Commune (Diapangou),	Association solidarité pour la PEC des urgences chirurgicales et obstétricales de Fada (ASUCOF)	IOM/IMA gratuites pour patientes, Transport en ambulance gratuit, CoGes (11 000FCFA)	Parturientes
Kaya	Adaptation de la subvention des SONU de 80% à 100% des accouchements	2007-2010	CoGes, Etat	District sanitaire	Rachat des 20% (900 frs CFA) des frais d'accouchements dans les CSPS (gratuité)	Parturientes
Koupèla	Système de partage des coûts (SPC)	Février 2002 En cours	CoGes (cotisation de population), Communes, Etat	Association Nayolsba	Avant 2006 : IOM/IMA : Patiente (19 850 FCFA), CoGes (29 775 FCFA), Transport en ambulance gratuit Après 2006 : IOM/IMA gratuites pour patientes, CoGes (11 000 FCFA)	Parturientes
Orodara	SPC	2009	CoGes (cotisation de population), Communes, Etat	District sanitaire	Avant 2009 : IOM/IMA gratuites pour patientes, Transport en ambulance gratuit	Parturientes
Ouargaye	SPC	2004 En cours	CoGes (cotisation de population), Etat	Association Fang Yonré	Avant 2006 : IOM/IMA : Patiente (19 850 FCFA), CoGes (26 400 FCFA), Transport en ambulance gratuit Après 2006 : IOM/IMA gratuites pour patiente, CoGes (11 000 FCFA)	Parturientes

Pama	SPC	2004 En cours	CoGes (cotisation de population), Etat	Association solidarité pour la PEC des urgences chirurgicales et obstétricales de Pama (ASUCOP)	Avant 2007 : IOM/IMA : Patiente (19 130 FCFA), CoGes (28 695 FCFA), Transport en ambulance gratuit 2007 : IOM/IMA gratuites pour patiente CoGes (11 000 FCFA) Transport en ambulance gratuit	Parturientes
Po	SPC	Février 2007 En cours	CoGes, Communes, Etat	District sanitaire puis Association solidarité pour la PEC des urgences chirurgicales et obstétricales de Po (ASUCOP) en 2010	IOM/IMA : Patientes (2 000 FCFA) CoGes (9 000 FCFA) Transport en ambulance gratuit	Parturientes
Sebba	Exemption du paiement direct des soins	2008 et en cours	Service d'aide humanitaire de l'Union européenne ECHO	ONG HELP	Subvention totale des soins (gratuité) et transport en ambulance gratuit Dotation en matériels médico-techniques et supports, Formation des agents de santé	Femmes enceintes, Femmes allaitantes de moins de 6 mois, Enfant de moins de 5 ans
Seguenege	Exemption du paiement direct des soins	Septembre 2008 et en cours	Service d'aide humanitaire de l'Union européenne ECHO	ONG Terre des Hommes (TDH)	Subvention totale des soins (gratuité), et transport en ambulance gratuit Dotation en matériels médico-techniques et supports, Formation des agents de santé	Femmes enceintes et allaitantes de moins de 6 mois, Enfants de moins de 5 ans.

Tougan	Exemption du paiement direct des soins	Septembre 2008 et en cours	Service d'aide humanitaire de l'Union européenne ECHO	ONG Terre des Hommes (TDH)	Subvention totale des soins (gratuité), et transport en ambulance gratuit Dotation en matériels médico-techniques et supports, Formation des agents de santé	Femmes enceintes et allaitantes de moins de 6 mois, Enfants de moins de 5 ans.
Zabré	SPC	Janvier 2007 En cours	Etat, CoGes (cotisation de population), Patiente	Association Wosso Panga	IOM/IMA : Patientes (4 000 FCFA) CoGes (7 000 FCFA) Transport en ambulance gratuit	Parturientes
Zorgho	Amélioration de l'accessibilité financière aux soins urgences obstétricales	2010	Etat	District sanitaire	Gratuité de la césarienne et transport en ambulance gratuit	Parturientes

Annexe 2 : Questionnaire : Mapping et effets des interventions locales de réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso en 2012

Note explicative : ce questionnaire a pour but de collecter des informations nécessaires au mapping des interventions de réduction de la mortalité maternelle mises en œuvre au niveau local (district sanitaire/région sanitaire) de l'an 2000 à nos jours. Pour renseigner correctement les différentes questions, Nous aurons à réaliser des entretiens et des extractions de données. Les premiers responsables des districts sanitaires et des directions régionales de la santé seront particulièrement utiles pour l'accès à la documentation et le recensement des interventions. Nous aurons besoin d'une copie du document de l'intervention si possible.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

1. Région sanitaire

2. District sanitaire

3. Y'a-t-il eu entre l'an 2000 et 2012 des interventions locales de réduction de la mortalité maternelle ?
(Les interventions peuvent être du fait des ONG, des partenaires techniques et financiers du ministère de la santé ou du district sanitaire etc.)

Oui

Non

4. Titre des interventions

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

5. Etendue de l'intervention
(district/région sanitaires, villes, villages spécifiques, territoires de CSPS donnés etc.)

Intervention 1

Intervention 2.....

Intervention 3.....

Intervention 4

6. Descriptif des interventions

Titre du programme/intervention	Sources de financement et montant pas année (si possible)	Objectifs chiffrés	Année de début	Année de fin	Modalités d'interventions (actions et activités réalisées)	Responsables (ONG, District sanitaire, PTF)	Groupes cibles (femmes en âge de procréer, femmes enceintes, parturientes)

7. Quelle est la date de mise en œuvre effective de la subvention SONU dans votre région/district sanitaire ?.....

8. Quelle est a été la justification de la mise en œuvre de cette intervention ?

9. Existe-t-il un cadre logique de l'intervention ? si oui, pouvez m'en donner une copie ? ou en décrire ?

10. Quelles sont les domaines concernés par l'intervention dans la région/district sanitaire ?

Accouchements/_/ Césariennes/_/ Planification familiale/_/ CPN/_/ Soins aux nourrissons/_/ Transfusion sanguine/_/ Autres/_/

Préciser.....

11. Budget des activités de l'intervention par rapport au budget total du plan d'action

Année	Budget de l'intervention	Budget SONU	Budget total plan d'action	Rapport budget SR /budget total
2000				
2001				
2002				
2003				
2004				
2005				
2006				
2007				
2008				
2009				
2010				
2011				

15. Appréciation de l'intervention par les acteurs

15.1) Quelles sont les difficultés de mise en œuvre de l'intervention ?

15.2) Quelle est la valeur ajoutée de cette intervention par rapport à la subvention nationale ?

15.3) Pensez vous que cette initiative vous a permis d'atteindre vos objectifs ?

Oui/_/ non/_/

Si non,
pourquoi ?.....

16. Pensez vous que ces interventions peuvent se pérenniser ?

Oui/_/ non/_/

Pourquoi ?.....