



# Subvention nationale des accouchements et des SONU au Burkina Faso : que retenir des résultats de l'évaluation FEMHealth dans 6 districts ?

Equipe AFRICSanté  
Bobo-Dioulasso - BURKINA FASO



# Introduction

- ❑ **Trois périodes distinctes** caractérisent l'histoire des soins de santé du Burkina Faso :
  - gratuité totale (période coloniale, post indépendance)
  - recouvrement des coûts avec l'IB (1980 jusqu'aujourd'hui)
  - exemptions ciblées du paiement des services à partir des années 2000)
  
- ❑ Afin d'améliorer l'accès aux soins qualifiés à l'accouchement, le gouvernement a décidé en mars 2006 de subventionner le coût des accouchements et des SONU



# Contexte

- ❑ Depuis l'avènement de la subvention nationale des accouchements et des SONU en 2006, plusieurs travaux ont déjà été réalisés beaucoup plus sur l'émergence, l'implantation et la mise en œuvre et moins sur les effets induits
- ❑ **D'où l'intérêt** pour le programme FEMHealth d'explorer à plusieurs niveaux les répercussions de la mise en œuvre de la politique, spécifiquement sur le système de santé local (au niveau district et non global)



# Objectifs du programme

- ❑ Développer des méthodes améliorées pour l'évaluation d'interventions complexes impliquant différents niveaux du système de santé et mises en oeuvre à une large échelle
- ❑ Appliquer ces méthodes améliorées pour évaluer l'impact, le coût-efficacité, et les mécanismes d'exemption des frais d'accouchement, spécialement les SONU
- ❑ Réaliser une expérience pilote d'une nouvelle méthode de synthèse et de dissémination de résultats à des décideurs politiques à partir d'un réseau (la communauté de pratique) qui favorise l'apprentissage croisé entre décideurs politiques, organisations internationales, et chercheurs et entre pays de la région



# Questions spécifiques

1. La politique a-t-elle augmenté l'accès aux soins obstétricaux ?
2. Quels sont les groupes qui bénéficient le plus et ceux le moins ?
3. La politique est-elle efficace dans la réduction des barrières financières ?
4. Quels effets sur la qualité des soins ?
5. La politique renforce-t-elle ou affaiblit-elle le système de santé local ?
6. Quelles sont les principales forces et faiblesses de la politique ?
7. La politique est-elle durable ?
8. Comment l'expérience du pays se compare-t-elle avec celle des autres pays de la région ?



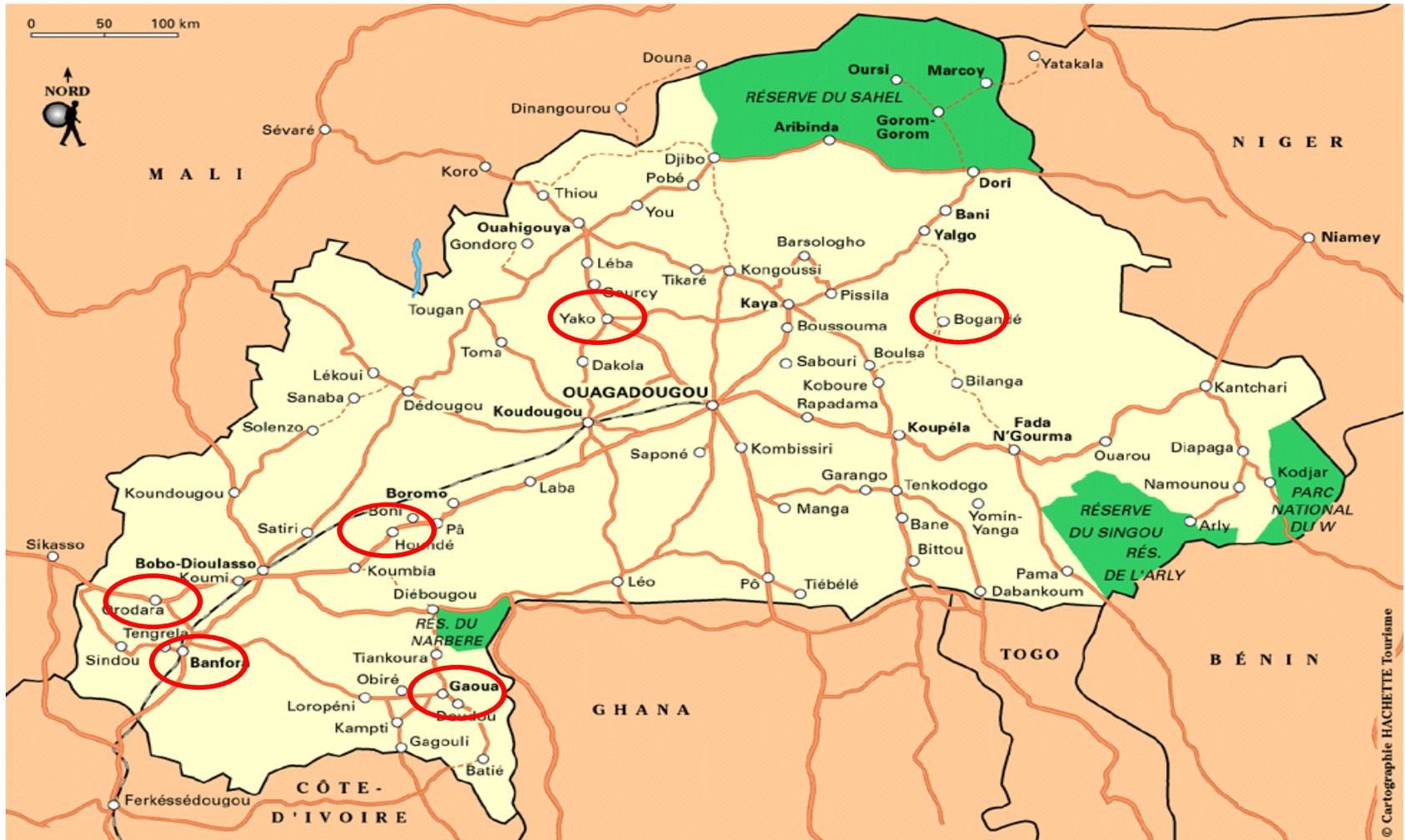
## Six (6) districts d'étude choisis par classification hiérarchique

- Au moins 150.000 habitants;
- Au moins 50 césariennes/an avant la mise en place de la politique ;
- Accessibilité à une structure de santé de base : rayon moyen d'action théorique (RMAT) ;
- L'indice de pauvreté de la région sanitaire;
- Le niveau d'utilisation des structures sanitaires avant la mise en œuvre de la politique :
  - % accouchements assistés
  - taux de césarienne

# Groupes de classification & sélection

	Taux CS	% Accou. assistés	RMAT	Ind. Pauvr	Districts éligibles
<b>G1</b>	0,17	57,39	4,29	29,94	Groupe de districts avec des blocs pas ou peu fonctionnels
<b>G2</b>	1,46	47,33	6,69	38,90	<b>Banfora</b> , Fada, Kaya, Koudougou, <b>Houndé</b> , Léo, secteur 30 Ouaga
<b>G3</b>	0,65	42,43	6,66	61,20	Dédougou, <b>Gaoua</b> , Ouahigouya, Tenkodogo, Boromo, Koupéla, Pô, Solenzo, Tougan, <b>Yako</b> , Ziniaré, Zorgho
<b>G4</b>	0,34	33,53	11,53	37,53	Dori, <b>Bogandé</b> , Diapaga, Djibo, <b>Orodara</b>

# Districts d'étude



## Autres initiatives locales en plus de la politique nationale

District	Politiques de réduction des coûts
Houndé	SONU
Banfora	SONU
Orodara	SONU + système de partage de coût
Gaoua	SONU
Yako	SONU + système de partage de coût
Bogandé	SONU + système de partage de coût (gratuité césarienne)

Outils de recherche	Méthode collecte	Echant.
Suivi des flux financiers	Données secondaires MEF, MS (DSF), CHU, CHR, CMA et CSPS	—
Evaluation du coût du paquet de soins	Extraction des coûts supportés par structure, à partir des registres & fiches SONU	CMA : 306 CHR : 137
Evaluation des effets sur les ménages	Entretiens structurés avec femmes après exeat (NM, Césarienne, Autres complications, acc.normal) CHR, CMA, CSPS	1609
Evaluation de la motivation du personnel de santé	Entretiens structurés avec agents de santé (M, AS, IDE, SFE/ME, IB, AA)	130

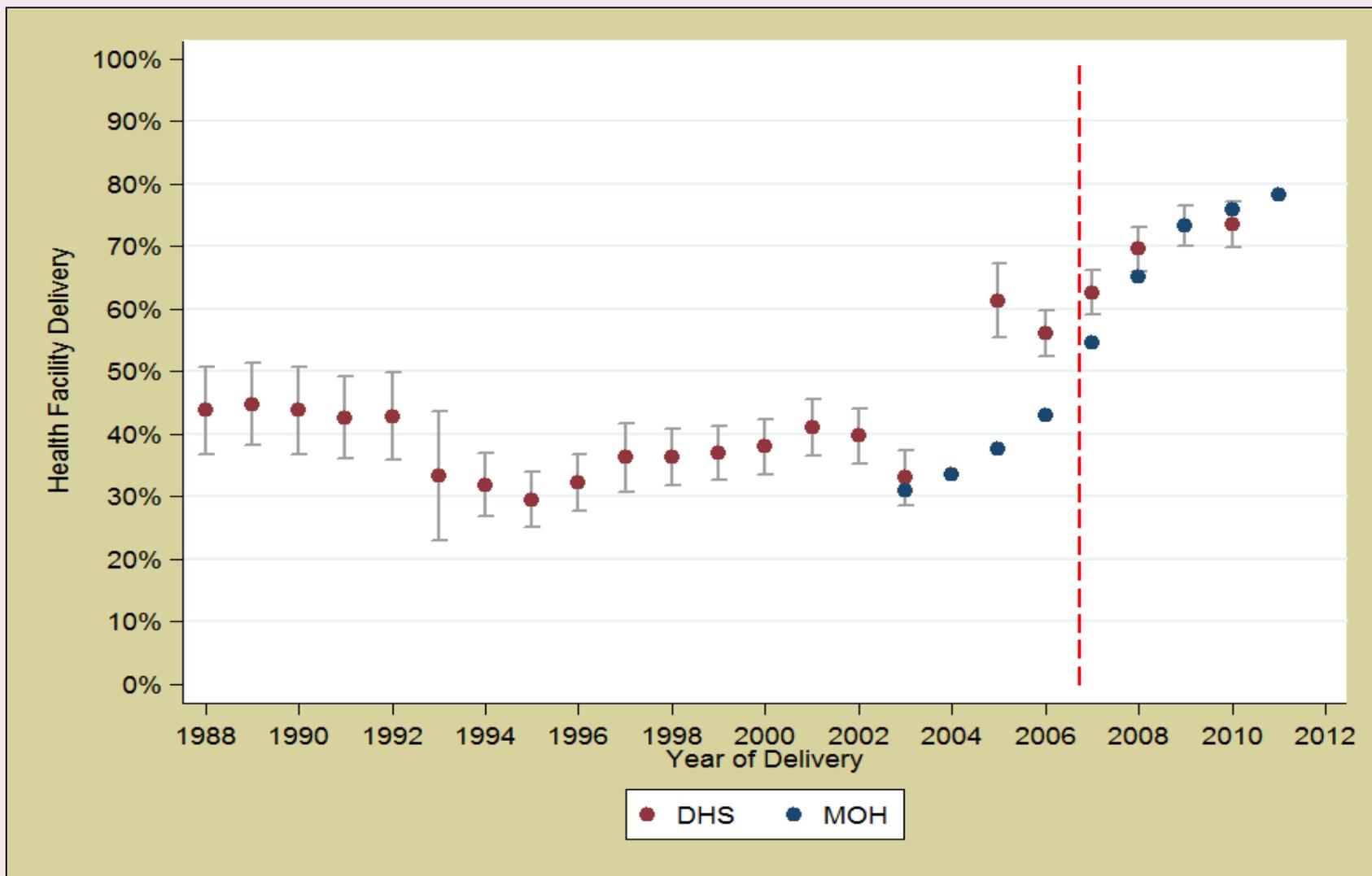
Outils de recherche	Méthode collecte	Echant.
Evaluation de la mise en œuvre de la politique (POLIAS)	Extraction de données quantitatives; Entretiens semi-structurés avec informateurs clés (au niveau central et district)	60
Evaluation des effets de la politique (POEM)		
Evaluation réaliste		
Evaluation de l'utilisation des services et de la qualité des soins	Analyse des données secondaires (EDS, annuaires statistiques) Extraction données dossiers médicaux (mère & nouveau-né)	1752 mères et 182 bébés



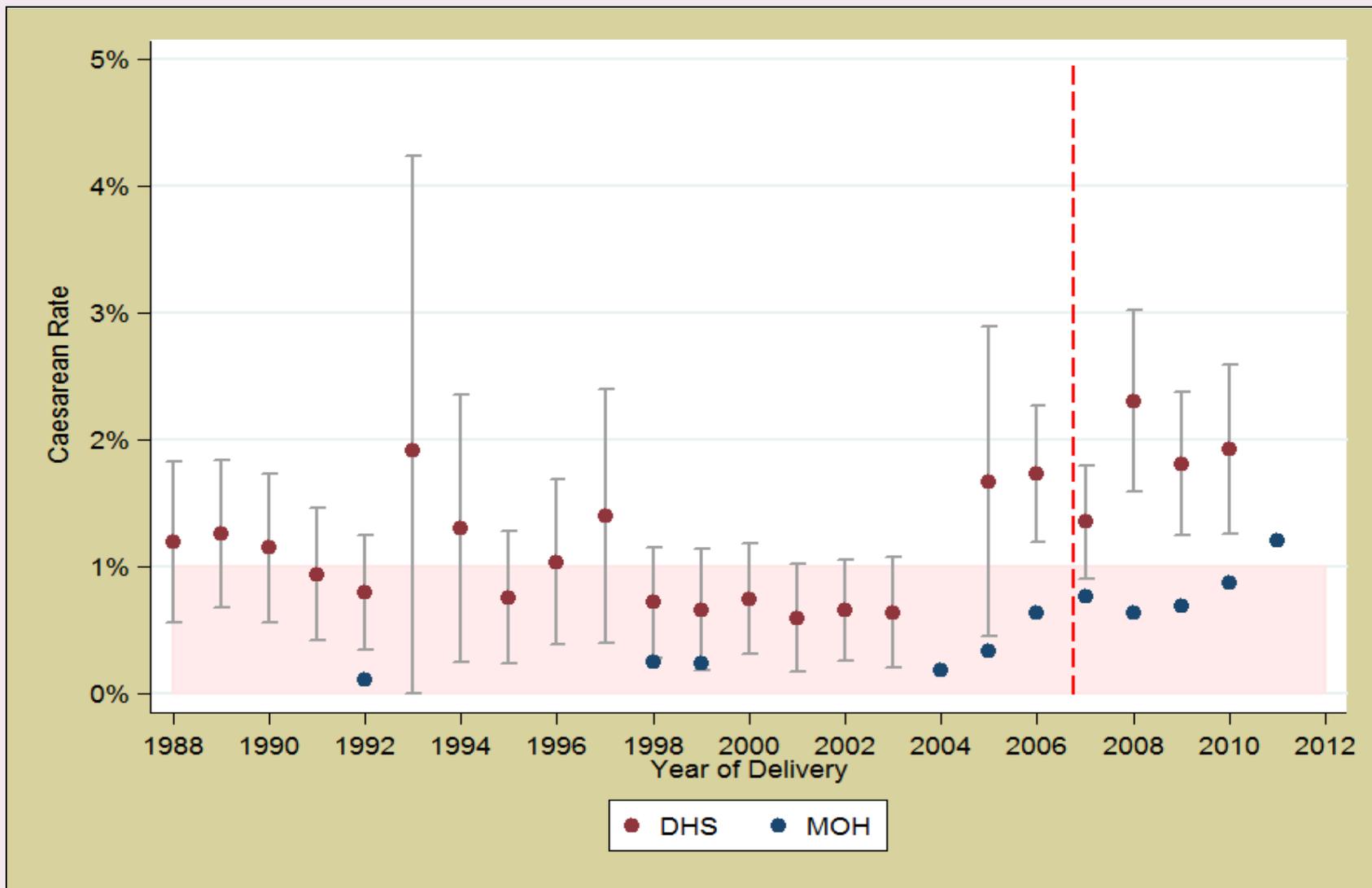
# Résultats

1. La politique a-t-elle augmenté l'accès aux soins obstétricaux ?

# Tendances annuelles des accouchements dans les services de santé



# Tendances annuelles des accouchements par césarienne

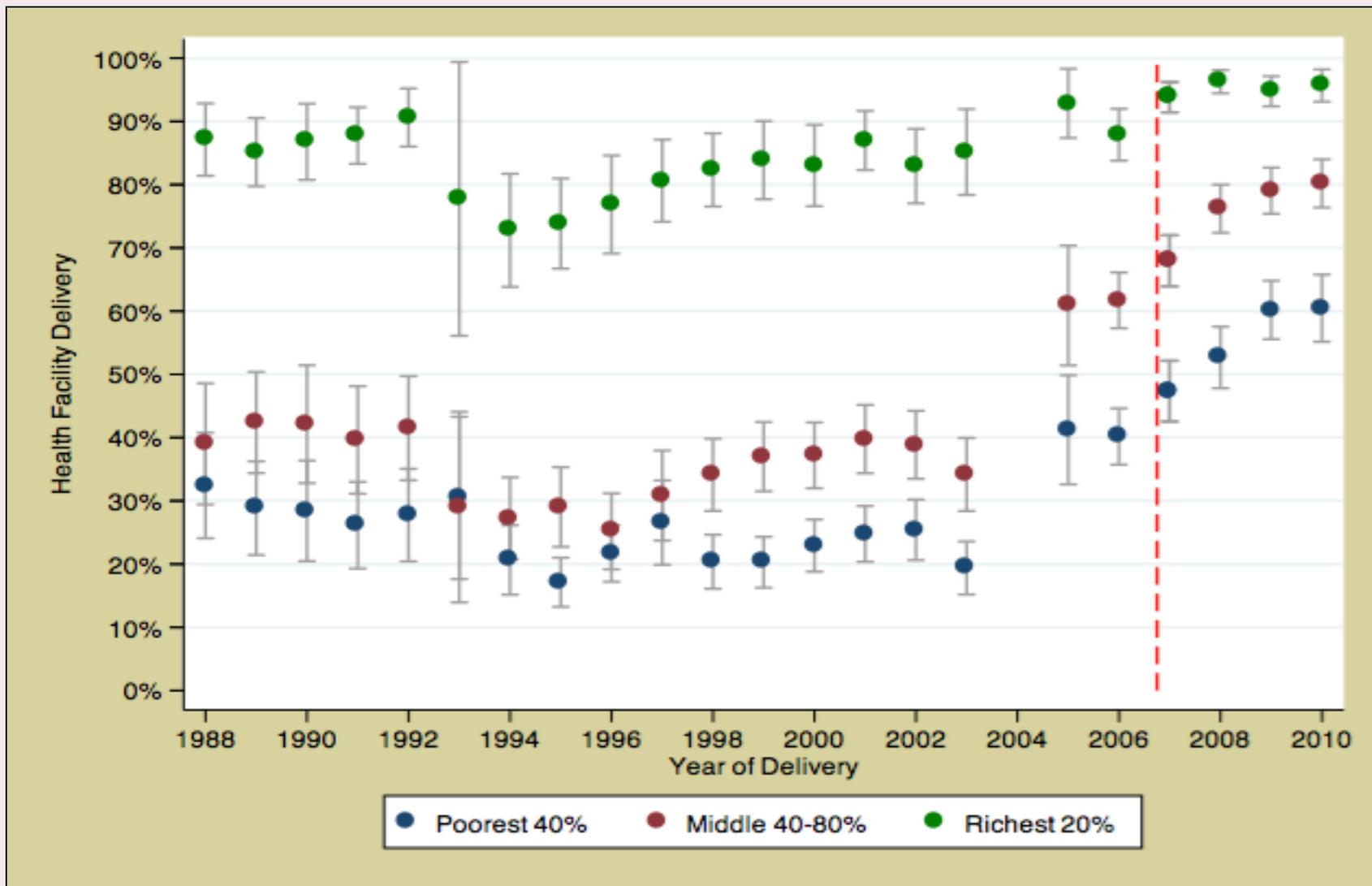


## Conclusion\_1

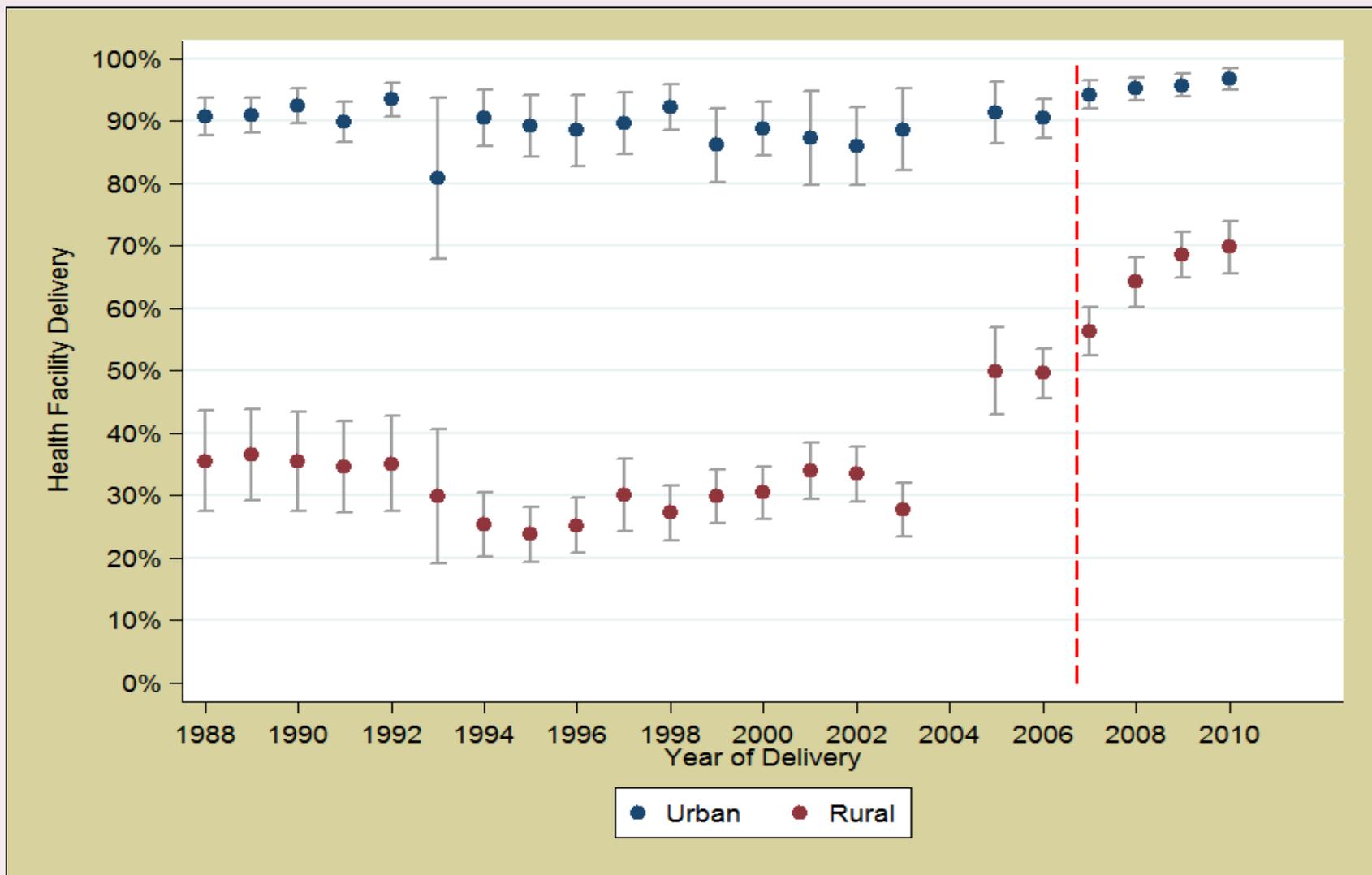
- Accroissement important des accouchements dans les services
- Augmentation du taux des césariennes
- Augmentation du niveau d'accès aux services
- Effets combinés de différentes politiques

2. Quels sont les groupes qui bénéficient le plus et ceux le moins ?

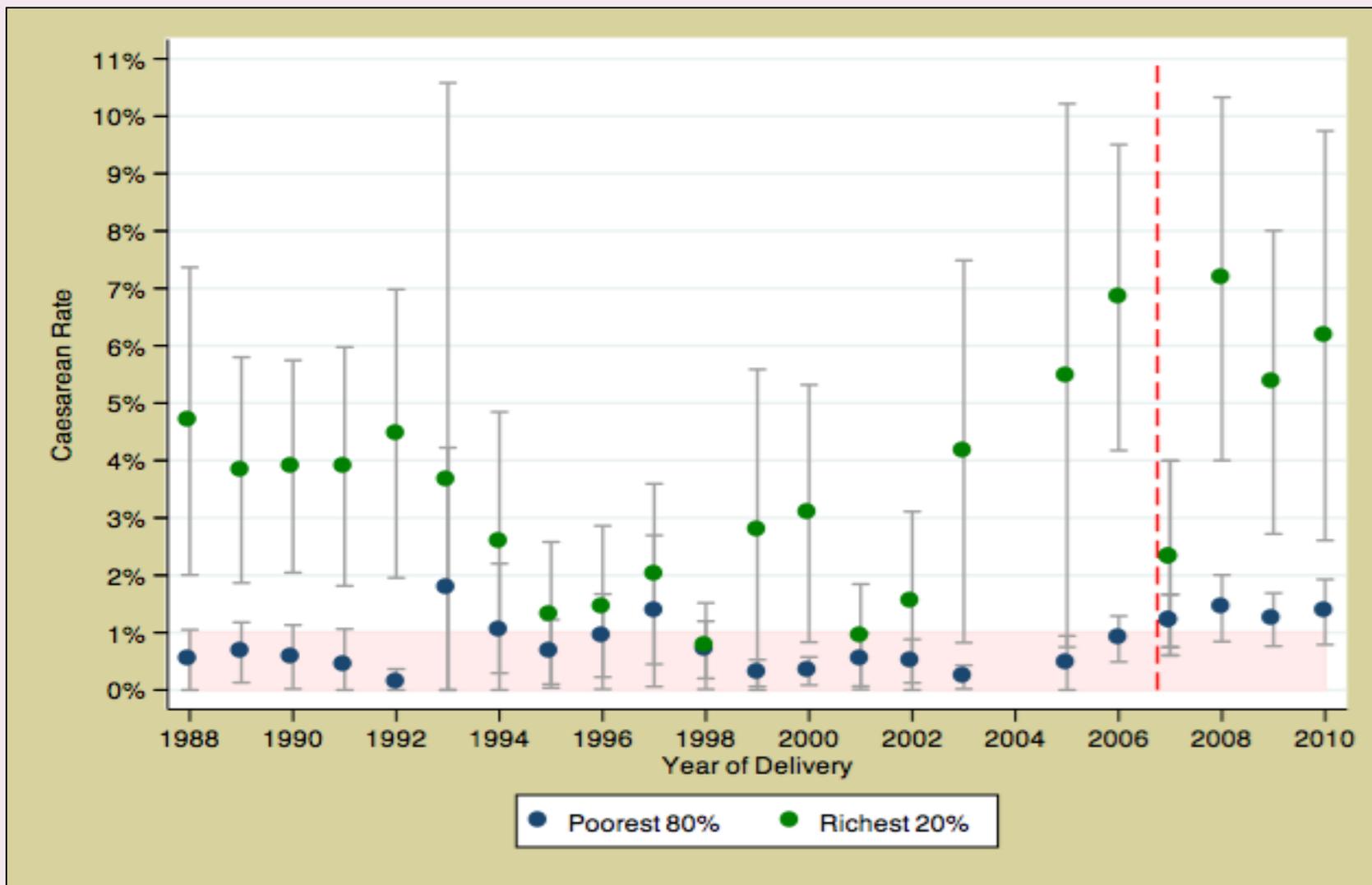
# Tendances annuelles des accouchements dans les structures de santé, par niveau de richesse



# Tendances annuelles des accouchements dans les structures de santé, par zone de résidence



## Tendances annuelles des accouchements par césarienne, par niveau de richesse



## Conclusion\_2

- ❑ Augmentation plus importante des accouchements dans les services de santé chez les femmes des ménages pauvres et les femmes en milieu rural
- ❑ Augmentation des césariennes chez les femmes des ménages pauvres mais accroissement plus important chez les femmes des ménages riches

3. La politique est-elle efficace dans la réduction des barrières financières ?



## Sommes dépensées (en CFA) par les ménages pour la prise en charge des accouchements

Hôpital	Dépense moyenne pour prise en charge accouchement	Coût du transport*		Coût des mdts achetés hors de l'hôpital	
		Moy	Max	Moy	Max
CMA_1	<b>12133</b>	3005	20000	1321	13000
CMA_2	<b>14481</b>	2641	24000	551	49030
CMA_3	<b>8582</b>	845	10000	372	50000
CMA_4	<b>9260</b>	853	5000	3261	67625
CHR_1	<b>17623</b>	4725	47000	2221	34715
CHR_2	<b>15221</b>	4481	89000	2386	47100

\* Y compris transport du domicile au 1<sup>er</sup> service de santé



## Contribution des ménages à la prise en charge de l'accouchement, en fonction du milieu de résidence

	Urbain	Périurbain	Rural
Dépenses moyennes totales pour l'accouchement (FCFA)	11 648	17 770	17 580
% dépenses pour l'accouchement /dépenses du ménage au cours des 30 derniers jours	25%	44%	62%



## Contribution des ménages à la prise en charge de l'accouchement, en fonction du quintile de bien-être économique

	Pauvres			Riches	
Quintile de bien-être éco.	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Incapacité à payer (%)	12	10	8	4	6
% dépenses pour l'accouchement /dépenses du ménage au cours des 30 derniers jours (%)	67	76	59	48	24

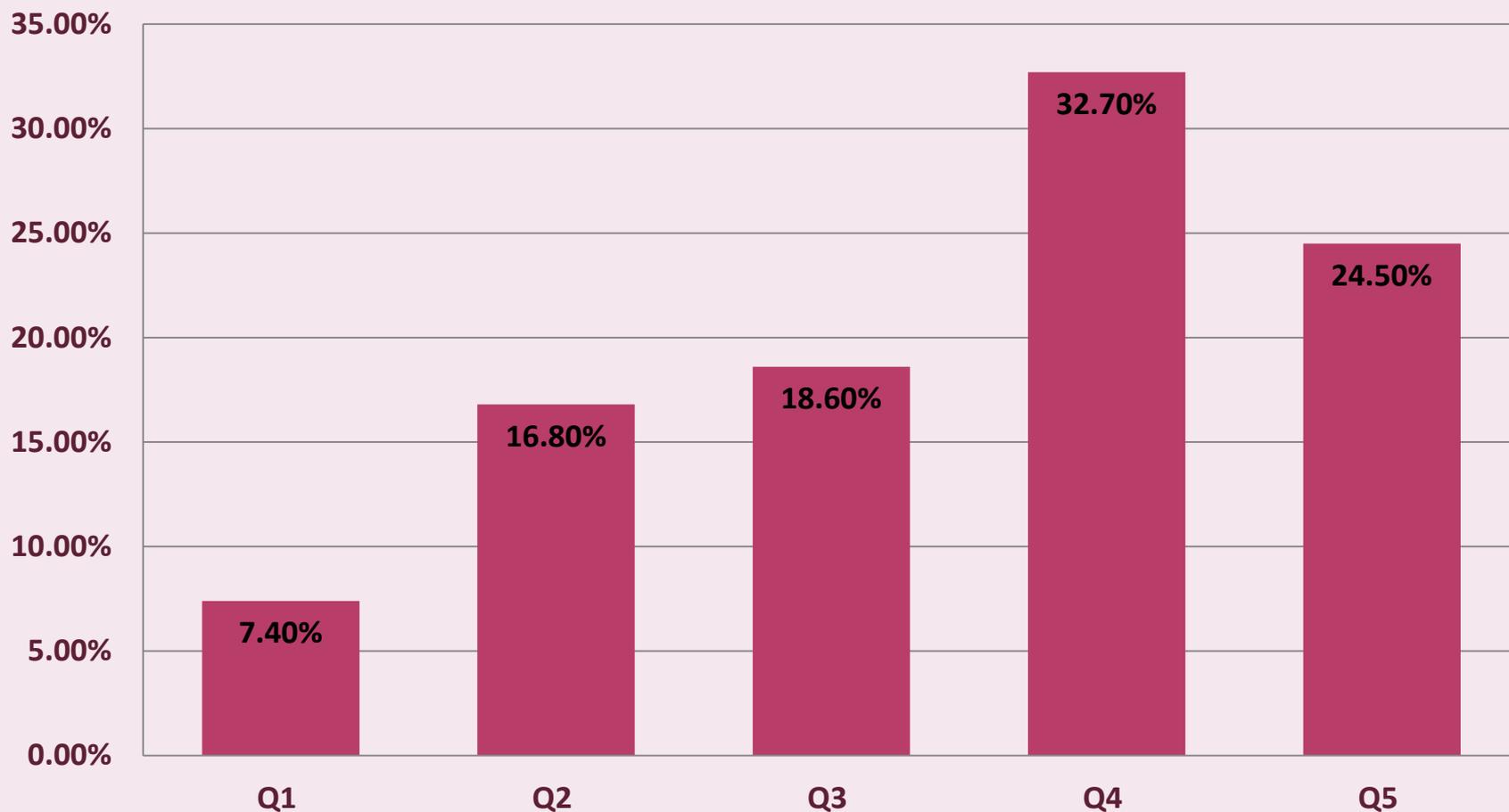
# Difficultés de paiement

	CHR_1	CMA_1	CHR_2	CMA_2	CMA_3	CMA_4	Tous
Bénéficie d'un système d'assurance santé	0.6	1.2	0.7	3.0	6.6	0.8	<b>2.2</b>
Incapacité à payer (%)	19	2	3	2	0	11	<b>7</b>
Sortie tôt de l'hôpital pour raison de coût (%)	0	1.2	4.6	0.4	2.0	0.4	<b>1.4</b>
Bénéficié de la prise en charge des indigents	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Informée de la politique (%)	66	69	33	20	38	84	<b>52</b>

## Budget des indigents (en millions CFA):

2006-7 (587); 2008 (375); 2009 (433); 2010 (493); 2011 (530)

## Caractéristiques socio-économiques : quintiles de bien-être économique



## Conclusion\_3

- ❑ Baisse des montants supportés par les ménages mais encore élevés par rapport aux objectifs de la politique
- ❑ Des ménages continuent d'éprouver des difficultés à prendre en charge les coûts liés à l'accouchement
- ❑ Apparemment ce sont les femmes des ménages moins pauvres qui parviennent à remonter la pyramide sanitaire à la recherche de soins plus qualifiés
- ❑ Il semble donc subsister une certaine barrière (financière? ou/et culturelle?)
- ❑ Le volet « indigents » de la politique semble inopérant

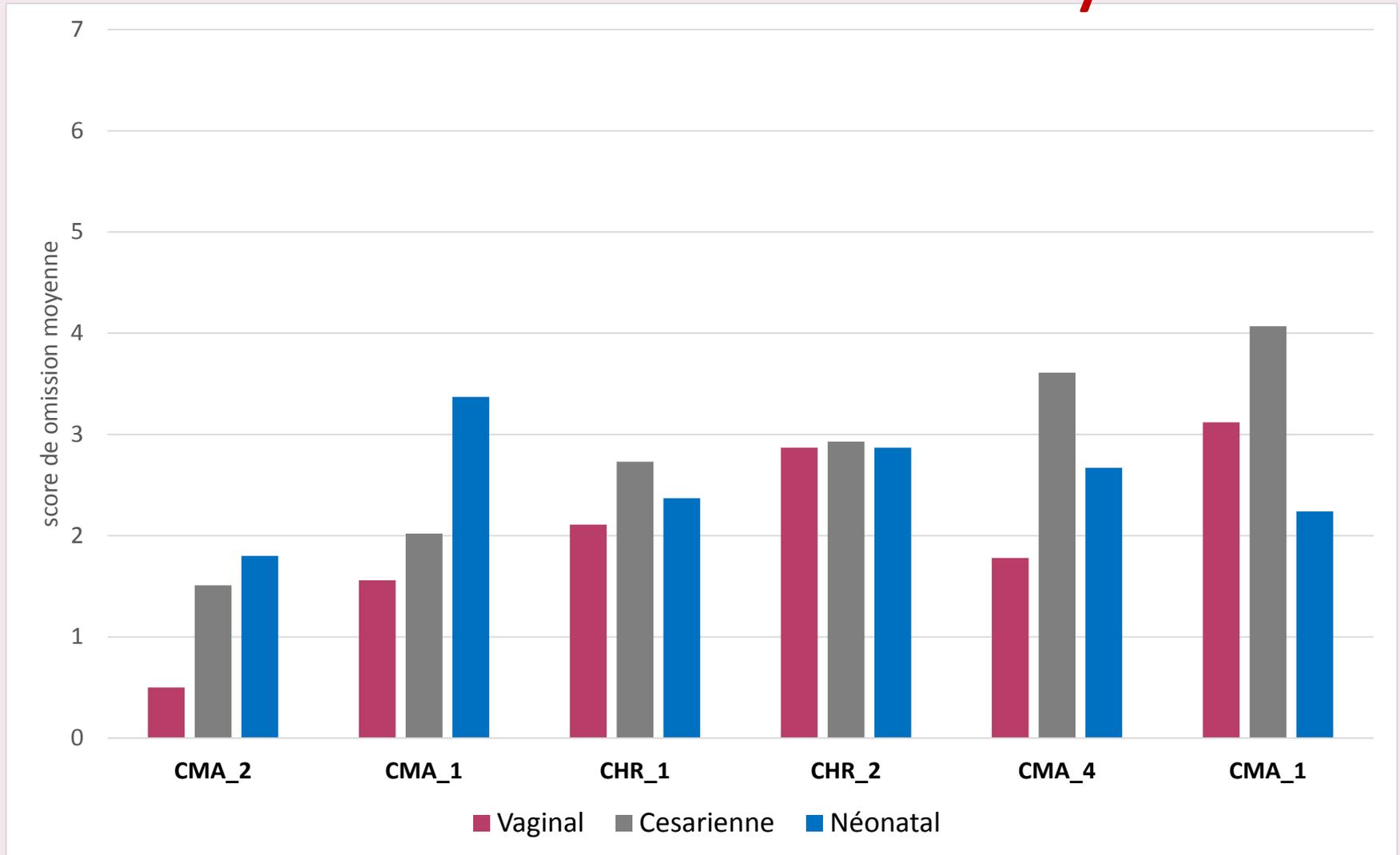
4. Quels effets la politique a-t-elle sur la qualité des soins ?



## La qualité des soins : le score d'omission moyen

- ❑ Par hôpital et type d'accouchement, nombre moyen d'indicateurs de santé de routine qui n'ont pas été faits (par exemple, si saignements utérins n'a pas été mesuré dans le 6h suivant l'accouchement, ou si pression artérielle n'a pas été mesurée)
- ❑ Le score potentiel le plus élevé est de 7
- ❑ Les hôpitaux les plus performants obtiennent les scores les plus bas

# La qualité des soins : le score d'omission moyen



## Comparaison de la mise en œuvre de la politique et de la qualité des soins

	Rang du coût median d'un accouchement			La qualité des soins score d'omission moyen		
	Acc. normal	Acc. compliqué	Césarienne	Vaginal	Césarienne	Néonatal
<b>CMA_2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	0,50	1,51	1,80
<b>CMA_3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	1,56	2,02	3,37
<b>CHR_1</b>	5	6	4	2,11	2,73	2,37
<b>CHR_2</b>	4	5	3	2,87	2,93	2,87
<b>CMA_4</b>	3	1	5	1,78	3,61	2,67
<b>CMA_1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	3,12	4,07	2,24

## Autres indicateurs de qualité de soins

Hôpital	Réadmission en salle d'accouchement pour rétention placentaire	Taux de létalité parmi les complications obstétricales graves
CMA_2	0	0
CMA_3	0.91	1.28
<b>CHR_1</b>	2.67	<b>4.92</b>
<b>CHR_2</b>	<b>10.53</b>	<b>10.14</b>
CMA_4	3.70	1.61
<b>CMA_1</b>	<b>11.54</b>	<b>6.45</b>

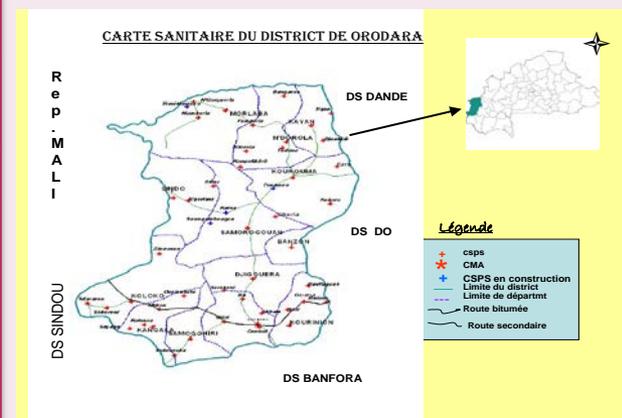
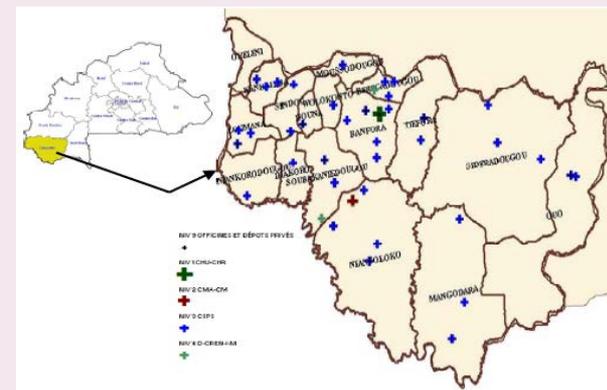
## Conclusion\_4

- ❑ Qualité des soins varie d'un hôpital à un autre et ne semble pas augmenter avec le niveau de soins
- ❑ Effet de la politique sur la qualité des soins difficile à apprécier, toutefois hôpitaux où montants supportés par les femmes étaient les plus faibles sont ceux où le score d'omission était le plus faible et vis versa — **Politique de subvention n'a pas entraîné une baisse de qualité**
- ❑ Hôpitaux avec score d'omission élevé avaient une fréquence élevée de réadmission en salle d'accouchement pour rétention placentaire
- ❑ Hôpitaux avec score d'omission élevé avaient taux de létalité élevé chez les femmes avec complication obstétricale grave

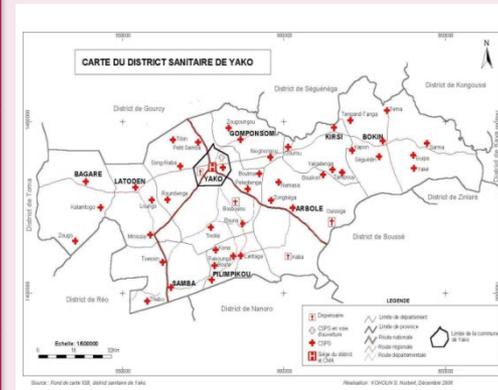
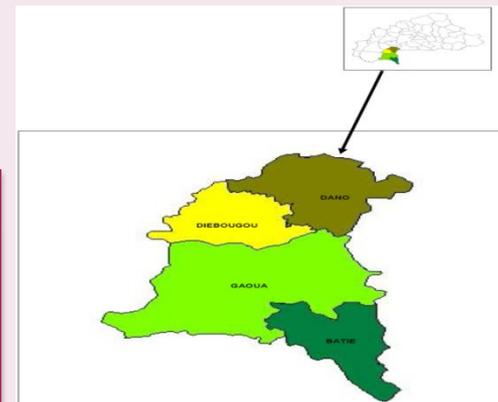
5. La politique renforce-t-elle ou affaiblit-elle le système de santé local ?

# Sources de données\_1

	<p>Degré de mise en œuvre (paquet, offre, couverture)</p> <p><b>POLIAS</b></p>
Données de contexte (profil du site)	X
Extraction données de routine	X
Entretiens qualitatifs informateurs clés	X



	Effets de la politique sur le système de santé local (SSL) <b>POEM</b>	Adoption & conditions de réussite de la politique <b>Evaluation réaliste</b>
Données de contexte (profil du site)	X →	X
Extraction données de routine	X →	X
Entretiens informateurs clés	X →	X



# Démarrage de la politique dans les 6 districts

FEM



Préparation  
(réunions,  
documents,  
finances)

Tous  
districts  
**1/10/ 2006**  
hôpitaux

Tous  
districts  
**1/01/2007**  
CSPS

CMA  
Bogandé

CMA  
Yako

CHR  
Gaoua  
César.

CHR-César  
Banfora

CHR  
Gaoua  
Accouch

CMA  
Orodara

CSPS  
Gaoua

CHR -  
accouch  
Banfora

CSPS  
Orodara

CSPS  
Yako

CMA  
Houndé

CSPS  
Bogandé

CSPS  
Houndé

**22 mars  
2006**  
Décret  
Conseil des  
ministres

**Septembre  
2006**  
Directives  
MdS

Décision  
officielle

Directives MdS  
pour début  
application

Oct-Nov  
2006  
CMA-CHR

Janv 2007  
CMA-CHR

Janv 2007  
CSPS

Mars-avril  
2007  
CMA

Mars-avril  
2007  
CSPS

# Disponibilité des services

	CMA 1	CMA 4	CMA 3	CMA 2	CHR 2	CHR 1
SCORE TOTAL DISPONIBILITE SERVICES maximum possible = 17	14,0	13,0	14,0	13,0	14,0	13,0
SCORE TOTAL DISPONIBILITE DES RH maximum possible = 16	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
SCORE TOTAL DISPONIBILITE MAT et MEDIC maximum possible = 33	14,4	8,2	11,9	7,7	8,2	12,4
Pondération : / 1,94						
SCORE TOTAL FONCTIONNALITE THEORIQUE maximum possible = 50	<b>43,4</b>	<b>36,2</b>	<b>40,9</b>	<b>35,7</b>	<b>37,2</b>	<b>40,4</b>
<b>PONDERATION</b>						
Perte de points par fermeture du bloc	0,5	0,3	0,0	1,2	0,0	0,0
Perte de points par rupture de stock	0,0	18,3	3,7	12,1	0,0	6,6
<b>Score après soustraction des points perdus</b>	<b>43,0</b>	<b>17,7</b>	<b>37,2</b>	<b>22,4</b>	<b>37,2</b>	<b>33,7</b>

# Effets de la politique\_1

Effets	Ressources financières	Médicaments et équipements	SIS	Usagers
<b>Tous districts</b>	Oui - Volume - Frais remboursés	- Oui médicaments & consommables - Non équipements	Oui 1. Rapportage des actes SONU 2. Procédure remboursement	Oui (+) Soins sans pré-paiement (-) Paiements informels



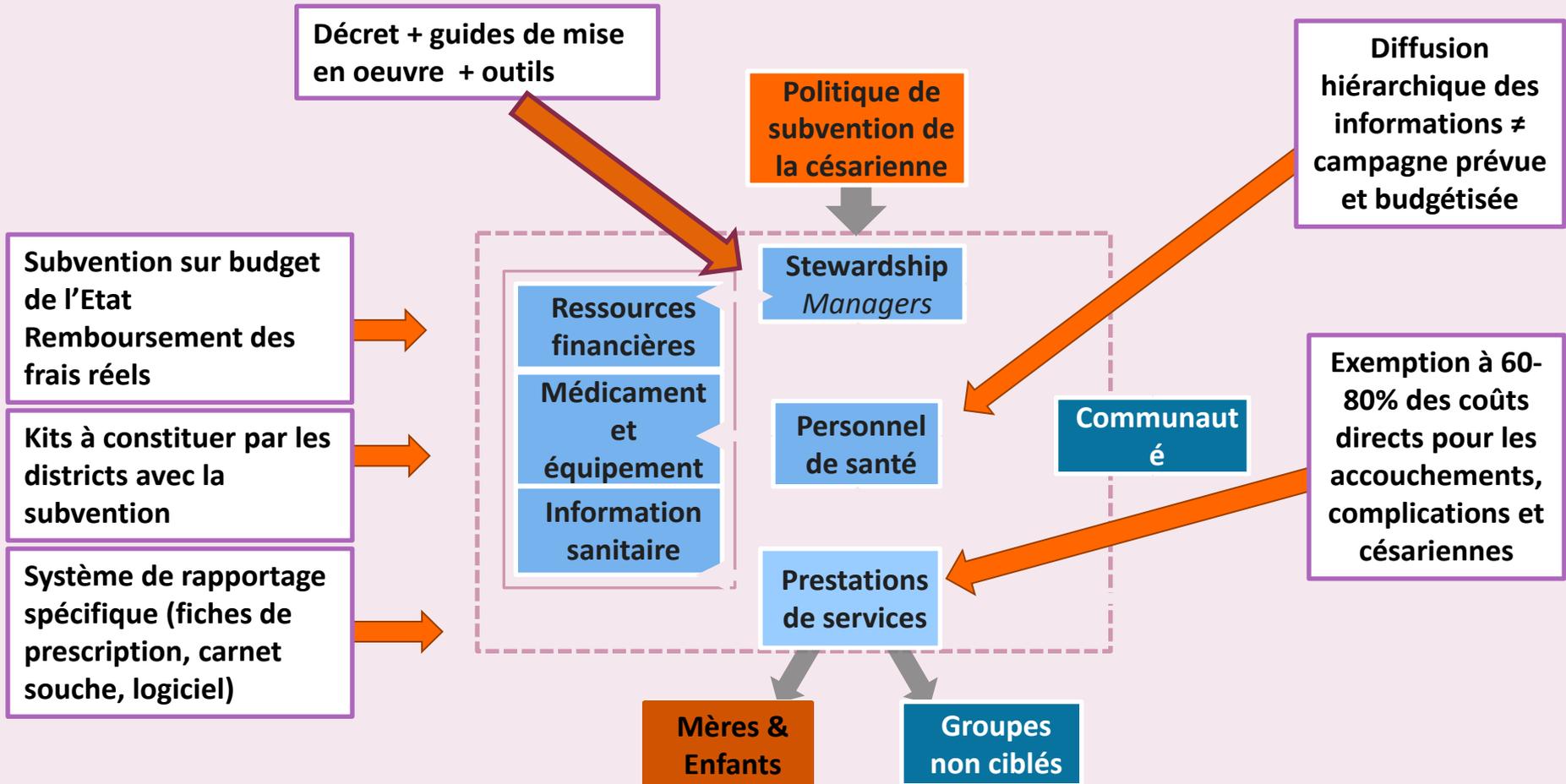
# Effets de la politique\_2

Effets	Prestataires de soins	Services ciblés	Services non ciblés	Leadership et gouvernance
<b>Tous districts</b>	Oui (+) Prestations améliorées (-) Pratiques non conformes (-) Charge supports gestion (-) Motivation (-) Tensions usagers	Oui (+) Disponibilité intrants & services (+) Meilleure offre de soins (-) Transport (-) gestion kits	Non	Oui - Rôles Comités SONU informels - Personnalité du chef - Tensions managériales

« ... c'est surtout les sapeurs là qui viennent ; c'est les sapeurs pompiers qu'on appelle comme c'est eux qui sont plus disponibles...C'est eux qui assuraient les évacuations » (agent CSPS, C1)



# Synthèse : mesures mises en place



# Synthèse : effets sur le SSL

« ... les remboursements traînent... durant toute l'année 2011 on n'a pas été remboursé » (ICP, D1)

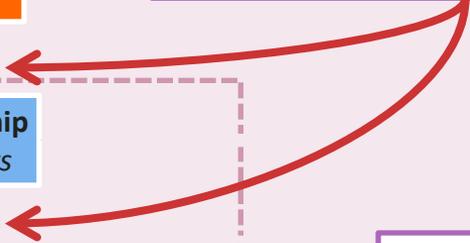
Pertes d'autonomie sur l'utilisation des recettes & démotivation liée à l'absence de système de compensation pour charge de travail perçue par prestataires

- Subvention pour les actes SONU (pas de recettes propres à la structure et ristournes pour agents)
- Marge bénéficiaire potentielle avec augmentation de la vente des intrants
- Pratiques non conformes des prestataires

Politique de césarienne gratuite



Stewardship Managers



- Ressources financières
- Médicaments et équipements
- Information sanitaire

Prestataires de santé

Communauté

Insuffisance de communication sur la politique au début

Subvention sur budget de l'Etat  
Remboursement des frais réels

Kits à constituer par les districts

Système de rapportage pour la DSF (fiches de prescription, carnet souche, logiciel)

Persistance pratiques de paiement informels si absence contrôle

Prestations services

Charge de travail liée au remplissage des supports de gestion → retard de saisie pour le rapportage, besoin d'impliquer un opérateur pour ce volet

Mères & Nouveau-nés

Groupes non ciblés

Peu d'impact sur les autres services

« ... c'est toujours la même routine qui continue... il faut revoir la motivation des acteurs » (Prestataire, CMA-D1)

# Conclusion\_5

## ❑ *Différence*

- Contextes de mise en place
- Conditions variées de mises en oeuvre
- Effets / fonctionnalité des services

## ❑ *Ressemblance entre les sites*

- paquet en place et couverture géographique
- mise en oeuvre adaptée (+ et -)
- contexte : réactions acteurs, pas d'effets sur groupes non ciblés



6. Quelles sont les principales forces et faiblesses de la politique ?

## Forces

- Textes adoptés sur la subvention
- Existence d'un mécanisme de financement endogène (ligne dans budget de l'Etat)
- Adhésion des acteurs malgré réticence/résistances face aux effets inattendus (remplissage des supports gestion)
- Accès aux soins sans prépaiement
- Accès financier amélioré aux soins pour femmes et enfants
- Adaptation positive des acteurs

*« ... souvent quand la femme vient il peut y avoir deux prestations... on a harmonisé pour arrêter que si c'est pas décalé vraiment, c'est mieux qu'elle paye une seule prestation. » (Prestataire de soins, D3)*



## Faiblesses

- ❑ Gestion nébuleuse des kits au début
- ❑ Possibilités de prescriptions fictives (faiblesse du contrôle)
- ❑ Ruptures d'intrants
- ❑ Moyens de transport insuffisants ou inadéquats
- ❑ Système de remboursement insatisfaisant (rapportage, durée)
- ❑ Insuffisance de ressources humaines compétentes et d'équipements
- ❑ Lacunes prise en charge nouveau-né
- ❑ Tensions managériales et effets du *turn over* sur la performance

« ... ces kits étaient comme une source d'enrichissement pour une certaine catégorie de personnes » (prestataire de soins, prestataire, D1)

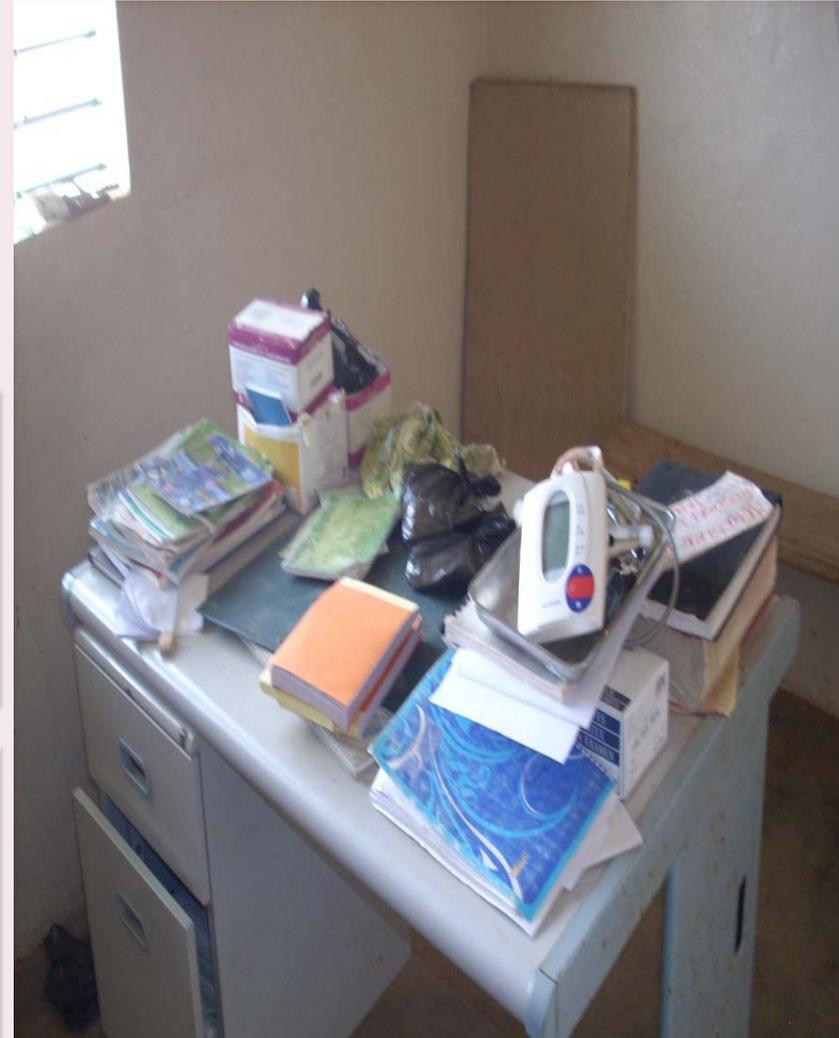


# Conclusion\_6

➔ **Maintien ou accentuation des besoins et certaines lacunes des structures de santé**

*« Le bloc opératoire de la maternité n'est pas fonctionnel. D'ailleurs le bâtiment construit n'est pas aux normes. » (Agent bloc opératoire, D1)*

*« On dit qu'il y a un comité SONU. Je ne sais pas comment leur comité fonctionne puisqu'ils ne sont jamais venus nous voir pour un problème, ou quoi que ce soit. » (prestataire de soins, D1)*



# 7. La politique est-elle durable ?

# Allocations budgétaires

« Si les SONU n'existaient pas, il fallait tout mettre en œuvre pour les créer »  
(responsable, D2)

2006  
Subvention  
2015



	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Budget Ministère de la santé (millions de CFA)	69610	77194	82874	99310	102858	105813
Budget Etat (millions de CFA)	892097	925135	984171	1043875	1152300	1166340
Dépense SONU <sup>1</sup>	-	2297	1671	2144	3852	2888
% dépense SONU dans budget MS	-	<b>2.98</b>	<b>2.02</b>	<b>2.16</b>	<b>3.75</b>	<b>2.73</b>
% dépense SONU dans budget Etat	-	<b>0.25</b>	<b>0.17</b>	<b>0.21</b>	<b>0.33</b>	<b>0.25</b>

# Perspectives

## Favorables

- ❑ Engagement politique
- ❑ Textes réglementaires
- ❑ Budget adopté et formalisé
- ❑ Adhésion des acteurs et des bénéficiaires
- ❑ Acquis de la mise en œuvre
- ❑ Passage possible d'interventions ponctuelles à une intégration comme activités de routine

## Défavorables

- ❑ Lignes directrices à clarifier
- ❑ Charge de travail liée au remplissage des supports de gestion
- ❑ Procédures de remboursements non maîtrisés par les prestataires
- ❑ Question de « motivation » des prestataires de soins
- ❑ Non disponibilité de ressources ?

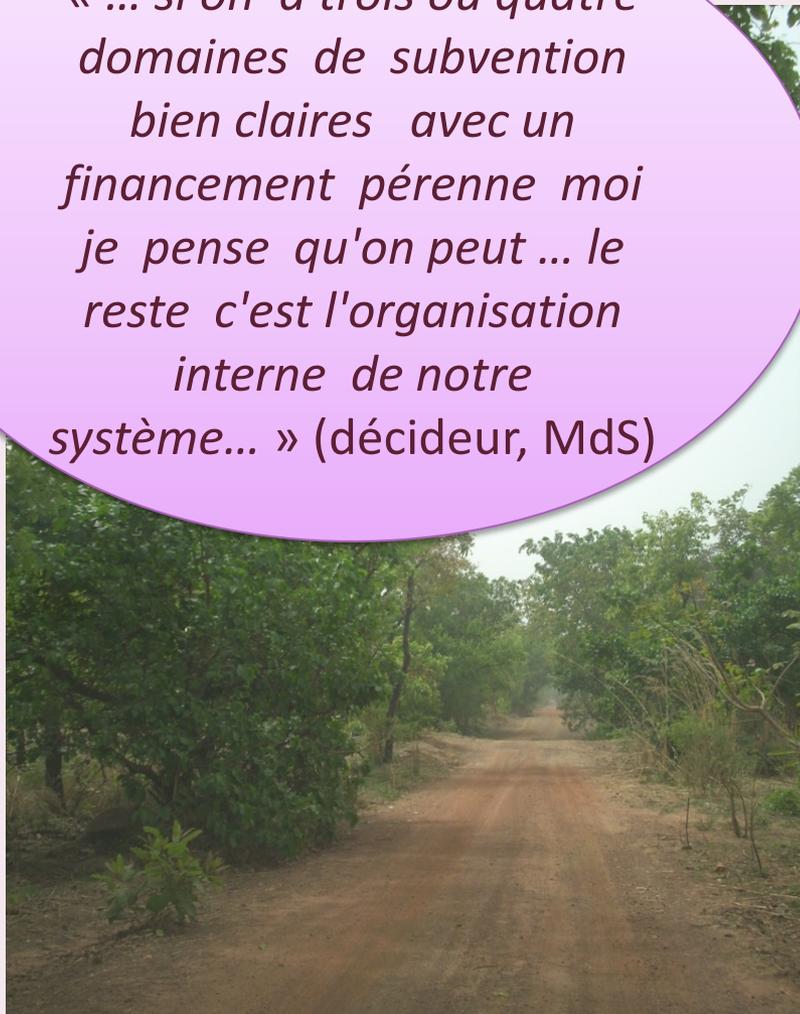


# Conclusion\_7

→ Acquis  
→ Perspectives pour  
l' « agenda post 2015 »  
**À CONFIRMER**

*« ... même si on n'atteint pas les OMD en 2015 il faut poursuivre ; même si on les atteint aussi il faut poursuivre parce que c'est une quête permanente et si on s'arrête en chemin, on peut retourner plus loin qu'on était avant... »*  
(responsable régional)

*« ... si on a trois ou quatre domaines de subvention bien claires avec un financement pérenne moi je pense qu'on peut ... le reste c'est l'organisation interne de notre système... »* (décideur, MdS)



8. Comment l'expérience du Burkina se compare-t-elle avec celle des autres pays de la région ?



## Burkina & autres pays

- *Similarités* : indicateurs défavorables en santé maternelle ; mesures soudaines ; engagement politique motivé (OMD, stratégies UA, autres)
- *Différences* :
  - politique de subvention ≠ gratuité autres pays
  - paquet élargi au BF ≠ exemption ciblée
  - approche préparatoire (expériences antérieures, documents)



# Pistes pour la recherche

- ❑ Liens avec les expériences anciennes et récentes de partage des coûts
- ❑ Effets mitigés de la politique sur les DM dans des régions à fortes potentialités économiques (cas du DS Banfora / région des Cascades)
- ❑ Imbrication éventuelle avec les nouvelles initiatives d'assurance-maladie universelle et de financement basé sur les résultats (FBR)



# Remerciements

- Direction de la Santé de la Famille (DSF / MdS)
- Membres du Comité de pilotage
- Directions Régionales de la Santé (DRS) et districts d'étude
- Responsables, gestionnaires et prestataires de soins et autres acteurs dans les sites d'étude
- Partenaires du Sud et du Nord pour la collaboration stimulante et fructueuse

