

Coût et impact de la politique de subvention des accouchements et des SONU au Burkina Faso



Rapport rédigé par : Rasmané Ganaba, Maurice Yaogo, Patrick G. Ilboudo,
Cheick Diallo, Sophie Witter, Véronique Filippi, Fabienne Richard

Mars 2014

Remerciements

Ce travail fait partie du projet FEMHealth (www.abdn.ac.uk/femhealth) et a été réalisé grâce au financement du 7^{ème} programme de coopération de la Commission européenne.

Au ministère de la santé pour l'appui apporté à cette initiative de recherche depuis le départ ;

Aux DRS, MCD, Directeurs d'hôpitaux, personnel de santé des régions et districts sanitaires où cette recherche a été menée ;

A toute l'équipe de terrain, notamment les enquêteurs, les opérateurs de saisie des données

A Monsieur Brahima Diallo (Mali) et les chercheurs en sciences sociales du Burkina qui ont apporté un appui dans la synthèse des données

Comité pilotage:

Présidente : Dr DjénébaSanou

Membres : Dr SalifSankara, Pr Charlemagne Ouédraogo, Dr Hermann Ouattara, Dr Ibrahim Bassane, Pr Boubacar Nacro, Dr Maxime Drabo, Dr Olga Sankara, Mr Rodrigue Barry, Pr Nicolas Meda

Abréviations

AA: Accoucheuse Auxiliaire
AFRICSanté : Agence de Formation, de Recherche et d'expertise en Santé pour l'Afrique
CAREF/MARIKANI : Centre d'Appui à la Recherche Et à la Formation
CDMT: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CERRHUD: Centre de Recherches en Reproduction Humaine et en Démographie
CHR: Centre Hospitalier Régional
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CMA: Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
COGES : Comité de GESTion (CSPS)
CdP-AFSS : Communauté de Pratiques sur l'Accès Financier aux Soins de Santé
CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF : Direction de l'Administration et des Finances
DRS : Direction Régionale de Santé
DSME/DSF: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant /Direction de la Santé de la Famille
EDS: Enquête Démographique de Santé
FFT: Traçabilité des flux financiers
HWIS: Enquête sur la motivation des agents de santé
ICP: Infirmier Chef de Poste
IMT: Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (Belgique)
INAS: Institut National de Santé (Maroc)
LSHTM: London School of Hygiene and Tropical Medicine
MCD: Médecin Chef de Poste
OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
POEM : POLicy Effects Mapping tool
POLIAS : POLicy Implementation Assessment Study
RMAT : Rayon Moyen d'Action Théorique
SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UK : United Kingdom
UNFPA : Fonds des Nations-Unies pour la Population
UNICEF : Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance
WP: Work package / Paquet d'Activités

Table des matières

Résumé général	4
<i>Introduction</i>	4
<i>Méthodes</i>	5
<i>Résultats</i>	6
<i>Conclusion</i>	10
General summary.....	11
Introduction	11
Results	13
Conclusion.....	16
Introduction	17
Méthodes.....	17
Résultats.....	31
Contexte.....	31
Financement de la politique	37
Effets de la politique	40
<i>Effets sur les intrants et le système de santé</i>	40
<i>Effets sur le système de santé de routine</i>	47
<i>Effets sur les résultats sanitaires</i>	51
<i>Impacts sur les ménages</i>	62
<i>Facteurs explicatifs</i>	65
<i>Discussion</i>	67
<i>Conclusion</i>	69
<i>Recommandations</i>	70
<i>Références</i>	71
<i>Annexes</i>	74



Résumé général

Introduction

Depuis le début de la mise en œuvre de la politique de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso en octobre 2006, seulement trois évaluations externes portant sur différents aspects avaient été réalisées. La première étude réalisée en 2007, six mois après l'introduction de la politique, avait pour but d'analyser l'organisation de l'offre de soins, d'apprécier le niveau d'adhésion du personnel de santé, d'étudier l'adéquation entre les attentes des bénéficiaires et le niveau de la subvention, d'analyser la gestion de la subvention et évaluer la qualité des soins. La seconde étude, réalisée en 2009, se basait sur l'analyse de données documentaires et des données de routine du système de santé complétée par l'interview de plusieurs catégories de personnes ressources. Une troisième évaluation survenue tout récemment en 2013, mais ayant couvert seulement deux districts (Ouargaye et secteur 15 Bobo-Dioulasso), visait à éclairer, en référence aux conditions de mise en œuvre de la politique, les effets sur l'utilisation des services et les stratégies d'adoption du personnel de santé et des patients. Aucune de ces évaluations ne s'était donc penchée à part entière sur les aspects relatifs notamment aux coûts, à

l'impact sur les indicateurs de santé et sur les systèmes de santé locaux. Le projet FEMHealth visait à combler ce manque d'information.

Les objectifs généraux de FEMHealth étaient :

1. de développer de nouvelles approches méthodologiques pour l'évaluation des interventions complexes dans les pays à faibles revenus ;
2. d'améliorer la santé des mères et de leurs nouveau-nés en effectuant des évaluations détaillées de l'impact, du coût et de l'efficacité opérationnelle de l'exemption/subvention des frais des soins d'accouchement et des SONU sur la santé des mères et des nouveau-nés et la qualité des soins ;
3. d'améliorer la dissémination des résultats de recherche au profit des décideurs et des autres acteurs.

Méthodes

En vue de la sélection des districts d'étude, des critères d'éligibilité ont été définis. Ainsi, considérant une incidence de *near-miss* comprise entre 1,5% et 2,0%, six districts étaient nécessaires à la mise en œuvre de l'étude au Burkina Faso. Sur la base du nombre de grossesses attendues, les districts éligibles devaient (i) avoir au moins 150.000 habitants et (ii) avoir réalisé au moins 50 césariennes/an avant la mise en place de la politique de subvention. Par la suite une classification hiérarchique des districts a été réalisée, en se servant des indicateurs suivants :

- le rayon moyen d'action théorique (RMAT) comme indicateur de la difficulté d'accès à une structure de santé de base ;
- l'indice de pauvreté ;
- le niveau d'utilisation des services avant la mise en œuvre de la politique (% accouchements assistés, taux de césarienne).

Cette classification hiérarchique a permis d'aboutir à une liste de districts éligibles répartis dans trois groupes. Pour obtenir les six districts de l'étude, deux districts ont alors été retenus dans chacun des trois groupes.

Différents outils de recherche utilisant des approches quantitatives et/ou qualitatives ont été développées/adaptées puis mis en œuvre :

- des entretiens avec les acteurs nationaux et régionaux : afin de comprendre comment la politique de subvention des soins en santé

maternelle a été introduite et transférée du niveau central aux niveaux régional et local ;

- un suivi des flux financiers : pour retracer l'ensemble des flux financiers, analyser l'adéquation et identifier les blocages et retards du financement ;
- l'évaluation du coût du paquet de soins : en vue de déterminer les coûts de prise en charge de différents services en maternité ;
- des entretiens avec des femmes après leur accouchement : pour comprendre le comportement des populations en matière de recherche de soins maternels, ainsi que les coûts supportés et les appréciations qu'elles font de la qualité des services reçus d'une part, et déterminer si l'introduction de la politique a permis d'améliorer l'utilisation des services et l'équité d'accès (notamment pour les accouchements dans les services de santé et les césariennes) et documenter l'effet qu'elle a eu sur la qualité des soins d'autre part ;
- une enquête sur la motivation du personnel de santé ;
- l'évaluation du degré de mise en œuvre de la politique en comparant la situation actuelle avec les lignes directrices officielles du Ministère de la santé ;
- l'évaluation des effets positifs ou négatifs de la politique de subvention sur les services ciblés par la politique et sur les services non ciblés au niveau périphérique (district sanitaire) ;
- une revue des données de routine et d'enquêtes nationales (EDS) afin de déterminer si l'introduction de la politique de subvention a eu pour effet d'accroître les accouchements dans les services de santé et les césariennes ;
- une extraction de données à partir de dossiers médicaux des femmes pour documenter l'effet de la politique de subvention sur la morbidité maternelle et néonatale grave (near-miss) et sur la qualité des soins ;
- une évaluation réaliste pour documenter et analyser les raisons de l'adoption et de la mise en œuvre – ou non – de la politique et les conditions de réussite de la mise en œuvre.

Résultats

Malgré la note officielle qui fixait les dates de démarrage de la politique de subvention des accouchements et des SONU au 1er octobre 2006 pour les SONU dans les hôpitaux de références et au 1er janvier 2007 pour les accouchements normaux dans les centres de santé, l'application pratique

montre que les districts ont commencé à des dates différentes. Le paquet officiel est appliqué dans toutes les structures publiques de soins et quelques structures privées à but non lucratif. Une ligne budgétaire de l'Etat assure le financement de la subvention sous la coordination de la Direction de la Santé de la Famille qui est chargée d'organiser la mise en œuvre depuis le début. Les ressources étaient allouées au départ sur une base forfaitaire à partir de l'estimation annuelle du nombre de naissances attendues avant de procéder par un remboursement des dépenses éligibles réellement effectuées par les structures de santé.

Au plan financier, sur les cinq premières années de sa mise en œuvre le budget est de 14 512 millions de F CFA et le total des remboursements sur la même période s'élève à 12 851 millions de F CFA, soit en moyenne, une dépense annuelle consacrée aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence d'environ 2% des dépenses publiques de santé.

Par rapport à la motivation du personnel de santé, les agents ont plus souvent rapporté une augmentation de leur volume de travail liée à la mise en place de la politique et que de manière directe la politique ne leur rapporte pas financièrement. En dépit de tout cela, ils ont en majorité fait état d'une bonne motivation en raison de l'amélioration des conditions de travail permise grâce à l'application de cette politique. L'absence de données sur les effectifs du personnel avant la mise en œuvre de la politique ne nous a pas permis de confirmer ou d'infirmer les déclarations sur l'augmentation de la charge de travail. Les données disponibles permettent néanmoins de conclure que la charge de travail est acceptable et supportable.

S'agissant de l'impact de la politique sur le système de santé local, il a été rapporté des cas de dysfonctionnements liés à des contraintes institutionnelles, ainsi que des pratiques non conformes par certains agents de santé. Les dysfonctionnements résultent de conséquences de la non disponibilité d'un personnel qualifié, de l'absence d'un équipement adéquat ou de ruptures d'intrants obligeant les usagers à s'adresser à des structures extérieures pour avoir les prestations (cas des examens complémentaires et des médicaments non disponibles en cas de rupture dans la pharmacie de la structure prestataire). Les pratiques non conformes concernent des prestataires peu scrupuleux, en milieu hospitalier surtout, qui abusent de l'insuffisance d'information des usagers sur la politique pour faire payer les actes au coût réel ou constituer des stocks de médicaments par des

ordonnances fictives pour les revendre illicitement par la suite aux usagers non sensibilisés.

La politique a opéré des changements à deux niveaux dans le fonctionnement des structures des soins : d'une part, elle a permis une marge de manœuvre plus grande avec la disponibilité plus importante de ressources financières et de médicaments et l'accès aux soins sans prépaiement des usagers ; d'autre part, elle a mis à jour des contraintes liées non pas à l'adhésion acquise des prestataires de soins mais aux conditions requises pour préserver la continuité et la qualité des prestations.

Depuis la mise en œuvre de la politique de subvention des accouchements et des SONU les données de routine indiquent que les accouchements dans les services de santé ont connu un accroissement important, surtout en milieu rural et chez les femmes des ménages pauvres. Une légère augmentation des césariennes a également été observée beaucoup plus chez les femmes des ménages riches que chez celles des ménages pauvres ; toutefois, d'autres facteurs semblent avoir également interagi dans cette augmentation.

Par rapport aux services non ciblés, il est ressorti que la subvention a eu très peu d'effets significatifs. Certains effets pervers ont été constatés au niveau de la non implication des prestataires non concernés par la mise en œuvre dans des cadres de concertation à cause de l'envergure de la politique et de perturbations occasionnelles dans les services non ciblés sollicités pour la prise en charge des femmes bénéficiaires (retard dans les autres prestations de routine à cause d'une insuffisance de ressources humaines).

La qualité des soins variait d'un hôpital à un autre et, malheureusement, ne semblait pas augmenter avec le niveau de soins, alors que le coût moyen supporté par les ménages était supérieur dans un CHR (18765 FCFA) que dans un CMA (12710 FCFA). L'absence de données similaires avant la mise en œuvre de la politique ne permet pas d'apprécier un possible effet de la politique sur la qualité des soins. Toutefois, les hôpitaux où les montants supportés par les ménages étaient les plus faibles (donc plus proches des tarifs visés par la politique) sont ceux où la qualité des soins était plus élevée (meilleure prise en charge des accouchements) et vice versa. Par ailleurs, les hôpitaux où les montants supportés par les ménages étaient les plus élevés avaient une fréquence élevée de réadmission en salle d'accouchement pour rétention placentaire et avaient un taux de létalité élevé parmi les femmes avec complication obstétricale grave. Par conséquent, l'on pourrait spéculer

que la politique de subvention des accouchements et des SONU n'est pas liée avec une baisse de la qualité des soins.

Au niveau communautaire, comparé à des études réalisées peu avant la mise en place de la politique de subvention des accouchements et des SONU, il est indéniable que les montants supportés par les ménages ont beaucoup baissé. Cependant, les montants payés dans les services de santé, principalement dans les hôpitaux (coût moyen compris entre 8582 et 17623 FCFA), sont bien supérieurs aux tarifs fixés par la politique et des ménages continuent d'éprouver des difficultés à prendre en charge les coûts liés à l'accouchement (7% ont exprimé leur incapacité à payer et dans de rares cas, des femmes ont dû partir tôt de l'hôpital pour raison de coût). Nulle part il n'a été rapporté qu'un ménage a pu profiter de la disposition de la politique pour les indigents. 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. Pour atteindre pleinement les objectifs de la politique, il s'avère très important qu'un accent particulier soit mis sur le problème des couches les plus vulnérables, notamment l'opérationnalisation du volet indigent de la politique.

A l'analyse des dispositions prévues par la politique comparées à ce qui est appliqué, il apparaît selon les appréciations de plusieurs acteurs que les lignes directrices officielles de la politique ne sont pas toujours claires et cela influence négativement la mise en œuvre (cas de l'éligibilité pour des pathologies associées ou de la définition précise de certains actes). L'adoption de la politique par le système de santé local a été faite avec des modifications positives et négatives. L'adaptation positive est relative aux dispositions prises dans tous les districts pour mieux contrôler l'utilisation des médicaments par les prestataires de soins après diverses pratiques non conformes. Il y a aussi le préfinancement, surtout au niveau CSPS, des coûts des médicaments pour maintenir la permanence de l'offre de services face aux retards dans les procédures de remboursement. L'adaptation négative porte sur les pratiques non conformes (détournement avéré par des acteurs à des fins personnelles de modalités de mise en œuvre de la politique comme la gestion « floue » des kits, la prescription sans pathologies réelles et la vente aux usagers des médicaments soutirés des reliquats).

Trois éléments de contexte sont nécessaires pour la réussite de la politique dans les différents sites d'étude :

- une clarification des directives implicites par des formations, des supervisions ou d'autres formes de renforcement des capacités ;
- une gestion rigoureuse des intrants (médicaments, consommables, équipements), notamment la mise en place d'un mécanisme de contrôle garantissant une utilisation transparente des kits ;
- une vision de stewardship (personne ou équipe) prenant en compte à la fois l'intérêt public (meilleur accès aux soins des usagers au moindre coût) et les conditions de travail idoines (infrastructures, équipements, renforcements des capacités, revalorisation salariale ou primes spécifiques) pour maintenir la motivation des prestataires à offrir des soins de qualité au tarif officiel.

Conclusion

La mise en œuvre de la politique nationale de subvention des accouchements et des SONU a permis d'améliorer l'offre de services des établissements de santé. La politique a également permis de réduire les coûts supportés par les ménages, même si ceux-ci restent supérieurs aux niveaux attendus. Toutefois, il subsiste encore plusieurs dysfonctionnements dont l'importance varie en fonction des districts et l'étude a identifié un certain nombre de conditions nécessaires pour réussir de façon durable la politique.

General summary

Introduction

Since the implementation of the subsidization policy on deliveries and emergency obstetric and neonatal care in Burkina Faso in October 2006, only three external evaluations have been carried out. The first study, conducted in 2007, six months after the introduction of the policy, was intended to: analyze the organization of the delivery of care; assess the level of adherence of the health personnel; study the extent to which the beneficiaries' expectations match the level of the subsidy; analyze the management of the subsidy; and assess the quality of care. The second study, conducted in 2009, was based on the analysis of documentary data and routine data sets from the health system, supplemented by interviews with personnel from throughout the entire healthcare system. A third assessment was completed in 2013, covered only two districts (Ouargaye, and secteur 15 Bobo-Dioulasso). It was intended to gather information on: the conditions of policy implementation; the factors that influenced policy utilisation; and the mechanisms of policy adoption amongst both health workers and patients. None of these evaluations looked specifically into aspects relating to costs, the impact on health indicators, and on the local health systems. The FEMHealth project aimed to fill this information gap.

The general objectives of FEMHealth were:

1. to develop new methodological approaches for the evaluation of complex interventions in low-income countries;
2. to improve the health of mothers and their newborns by conducting detailed assessments of the cost and operational efficiency of the fee exemption/subsidization programme, as well as its impact on uptake of care, the cost to households and the quality of care;
3. to improve the dissemination of research findings for policy makers and other stakeholders.

Methods

Eligibility criteria were defined for the selection of the study districts. This identified six districts in Burkina Faso with a *near-miss* incidence between 1.5% and 2.0%, for the implementation of the study. Based on the expected number of pregnancies, eligible districts also (i) had at least 150,000 inhabitants and (ii) have performed at least 50 caesarean sections/year prior

to the introduction of the subsidization policy. Thereafter a hierarchical classification of districts was conducted using the following indicators:

- the area covered by the health facilities as an indicator of the difficulty in accessing a basic healthcare structure;
- the poverty index;
- the level of service uptake prior to the implementation of the policy (% assisted deliveries, caesarean section rates).

This hierarchical classification resulted in a list of eligible districts, divided into three groups. Two districts were then selected in each group, to provide six study districts.

A range of research tools using quantitative and qualitative approaches were developed/adapted and implemented within the six districts:

- interviews with national and regional stakeholders to understand how the policy to subsidize maternal health care was introduced and transferred, from central to regional and local levels;
- financial tracking to monitor all financial flows, analyze their adequacy, and identify bottlenecks and delays in funding;
- evaluation of the care package cost to determine the costs of the various services within the maternity hospitals;
- interviews with women after delivery to understand their health-seeking behaviour, the costs incurred in accessing care, and the evaluation of the quality of services received. In addition, to determine whether the introduction of the policy has improved the use of services and equity of access (especially for deliveries in health facilities and caesarean sections), and document the effect the policy has had on the perceived quality of care;
- evaluation of the effects of the policy on the motivation of the health personnel;
- assessment of the extent of policy implementation through comparisons between the current situation and the official guidelines of the Ministry of Health;
- appraisal of the positive or negative effects of the subsidization on services targeted by the policy, and non-targeted services at the peripheral level (health districts);

- review of routine and national survey (DHS) data to determine whether the introduction of the subsidization policy has increased deliveries in health facilities and caesarean sections;
- extraction of data from medical records to document the effect of the subsidization policy on serious maternal and neonatal morbidity (near-misses) and on the quality of care ;
- realist evaluation to document and analyze the reasons for the adoption and the implementation - or not - of the policy, and the conditions for successful implementation.

Results

The start of the policy to subsidize deliveries and EmOC was fixed by an official note for 1 October 2006 for EmOC in referral hospitals, and 1 January 2007 for normal deliveries in health centres. However, districts began on different dates. The official package is offered in all public health care facilities, and some private non-for-profit facilities. A budget line of the government provides funding for the subsidy, under the coordination of the Directorate for Family Health, which managed the implementation from the beginning. Resources were allocated initially on a lump sum basis using the annual estimate of the number of expected births, and later on the basis of the reimbursement of eligible expenditures actually incurred by health facilities.

Over the first five years of the policy implementation, the budget was 14,512 million FCFA, and repayments over the same period totalled 12,851 million FCFA. This equates to an average annual expenditure on emergency obstetric and neonatal care of about 2% of total public health expenditure.

With respect to the motivation of health personnel, the workers frequently reported an increased workload resulting from policy implementation, and that they did not gain any direct financial benefit in compensation. However, the majority of workers exhibited good motivation, in part because of the improvement of working conditions made possible through the implementation of the policy. The absence of data on staff numbers prior to policy implementation did not allow confirmation of statements about an increase in the workload. However, based on the available data it was concluded that the workload was acceptable and manageable.

Regarding the impact of the policy on the local health system, cases of unsuccessful implementation related to institutional constraints, and non-compliant practices by some health workers. These problems resulted from insufficient qualified staff, inadequate equipment or stock-outs of inputs (e.g. non-availability of tests or medicines in the facilities' pharmacy), obliging users to pay for external services. Non-compliant practices refers mainly to unscrupulous service providers in hospitals, who take advantage of the ignorance of users about the policy to claim full payment for procedures, or to stockpile medicines through fake prescriptions in order to illegally resell them subsequently to unaware users.

The policy has made changes at two levels in the functioning of health care facilities: firstly, it has resulted in greater flexibility, by making available more financial resources and medicines and thereby providing access to care without prepayment by users; secondly, it has revealed constraints that are not linked to the policy per se, but to the requirements for preserving the continuity and the quality of the services.

Since the implementation of the policy to subsidize deliveries and EmOC, routine data indicate that deliveries in health facilities have increased significantly, especially in rural areas and amongst women from poor households. A slight increase in caesarean sections was also noted, with highest incidences amongst women from wealthy households. It is thought that other factors, separate from the policy, contributed to this increase.

With respect to non-targeted services, the subsidy had very little significant effect, though some cases of adverse effects were observed, such as delays in routine services because of the demands of the targeted services and an overall lack of human resources.

The quality of care varied between hospitals, and unfortunately, did not appear to increase with the level of care, while the average cost borne by households was higher in a CHR (18,765 CFA F) than in a CMA (12,710 CFA F). The absence of baseline data prior to policy implementation does not make it possible to assess the effect upon quality of care. However, hospitals with the highest level of implementation of the subsidy (therefore closer to the rates for users referred to in the policy) are those where the quality of care was higher (better management of deliveries) and vice versa. Furthermore, hospitals where the costs of healthcare services to households were highest had a high frequency of readmission in the delivery room for retained placenta

and a high fatality rate among women with severe obstetric complications. Therefore, one could infer that the policy to subsidize deliveries and EmOC is not related to a lower quality of care.

At community level, the amounts paid by households have decreased significantly, in comparison with studies conducted shortly before the establishment of the policy to subsidize deliveries and EmOC. However, the amounts paid in health services, primarily in hospitals (average cost between 8,582 and 17,623 CFA F), are much higher than the rates set by the policy. Therefore, households continue to find it difficult to meet the costs associated with childbirth (7% expressed their inability to pay and in rare cases, some women have had to early hospital discharge on economic grounds). There were no reports of households taking advantage of the policy's provision for the indigent. Apparently, women from less poor households are those who are most able to ascend the health pyramid, in search of more skilled care, indicating that some kind of financial barrier persists. To fully achieve the objectives of the policy, it is essential to lay emphasis on the problem of the most vulnerable, particularly the operationalization of the policy's indigent component.

By analyzing the provisions detailed in the policy against those which were actually applied, and taking individuals' comments into account, it seems that the official guidelines of the policy are not always clear and this negatively impacts on its implementation (e.g. unclear inclusion of associated pathologies or the precise definition of certain procedures). The adoption of the policy by the local health systems has been made with both positive and negative changes. Positive adaptation includes to the arrangements made in all districts to better control the use of medicines by care providers, following various non-compliant practices. There is also the pre-financing, especially in CSPS, of the costs of medicines to maintain ongoing service delivery, thus overcoming delays due to reimbursement procedures. Negative adaptation refers to non-compliant practices (e.g. for personal purposes, individuals diverting the terms of policy implementation, such as the "dubious" management of kits, prescription without real pathologies and the sale of leftover medicines to users).

Three elements are necessary for the success of the policy in the different study sites:

- a clarification of the guidelines through training, supervision or other forms of capacity building;

- rigorous management of inputs (medicines, consumables, equipment), in particular the establishment of a monitoring mechanism guaranteeing transparency in use of kits;
- a vision of stewardship (individual or team) taking into account both the public interest (better access to care by users at a lower cost), and adequate working conditions (infrastructure, equipment, capacity building, salary increases or bonuses) to maintain the motivation of providers to deliver quality care at the official rate.

Conclusion

The implementation of the national policy to subsidize deliveries and EmOC helped to improve the delivery of services by health care facilities. The policy has also helped to reduce the costs paid by households, even though they remain higher than expected. However, there are still several shortcomings in policy effectiveness, the significance of which varies according to district, and the study identified a number of measures which are needed for the policy to be a sustainable success.

Introduction

Depuis le début de la mise en œuvre de la politique de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso en octobre 2006, seulement trois évaluations externes portant sur différents aspects avaient été réalisées : la première étude réalisée en 2007, à six mois après l'introduction de la politique, avait pour but d'analyser l'organisation de l'offre de soins, d'apprécier le niveau d'adhésion du personnel de santé, d'étudier l'adéquation entre les attentes des bénéficiaires et le niveau de la subvention, d'analyser la gestion de la subvention et évaluer la qualité des soins (Sombié et al., 2007) ; la seconde étude, réalisée en 2009, se basait sur l'analyse de données documentaires et des données de routine du système de santé complétée par l'interview de plusieurs catégories de personnes ressources (responsables, prestataires de soins, bénéficiaires, partenaires privés) (Ridde et Bicaba, 2009). Une troisième évaluation survenue tout récemment en 2013, mais ayant couvert seulement deux districts (Ouargaye et secteur 15 Bobo-Dioulasso), visait à éclairer, sur les conditions de mise en œuvre de la politique, les effets sur l'utilisation des services, et les stratégies d'adoption du personnel de santé et des patients. Aucune de ces évaluations ne s'était donc penchée à part entière sur les aspects relatifs notamment aux coûts (exemption faite de l'étude réalisée par Bicaba, Serme, Nébié et al. en 2010), à l'impact sur les indicateurs de santé et sur les systèmes de santé locaux. Le projet FEMHealth visait donc à combler ce manque d'information.

Méthodes

Le projet FEMHealth dans son ensemble était organisé en neuf paquets d'activités (PA) dont deux ayant une fonction générale : PA1 pour la gestion et la coordination du programme et PA5 qui s'est focalisé sur la diffusion des connaissances. La recherche proprement dite a été couverte par trois paquets d'activités thématiques et les quatre paquets d'activités « pays » (Bénin, Burkina, Mali, Maroc). Les trois paquets d'activités thématiques pour la recherche portaient sur (i) la politique de santé, le financement et l'économie, (ii) le système de santé et (iii) les indicateurs de santé et la qualité des soins. Le tableau 1 donne la liste des groupes de travail et les institutions qui en sont responsables.

Tableau 1 : Organisation du projet FEMHealthen paquets d'activités et institutions responsables

Programme de travail (WP)	Titre du WP	Institution leader
WP1	Gestion et coordination	U. d'Aberdeen (UK)
WP2	Politique de santé, financement et économie	U. d'Aberdeen (UK)
WP3	Système de santé	IMT Anvers (Belgique)
WP4	Résultats de santé et qualité des soins	LSHTM (UK)
WP5	Dissémination et communauté de pratique	IMT Anvers (Belgique)& IRSS (Burkina)
WP6	Burkina	AFRICSanité
WP7	Bénin	CERRHUD
WP8	Mali	CAREF/MARIKANI
WP9	Maroc	INAS

Sélection des sites d'étude au Burkina

Avec l'hypothèse que l'incidence des complications obstétricales graves (*near-miss*) est comprise entre 1,5% et 2,0%, six districts étaient nécessaires à la mise en œuvre de l'étude au Burkina Faso. Les critères utilisés pour l'éligibilité des districts sanitaires étaient les suivants :

- avoir au moins 150.000 habitants ;
- avoir réalisé au moins 50 césariennes/an avant la mise en place de la politique de subvention.

Afin de définir des groupes de comparaison, une classification hiérarchique a été réalisée en se servant des variables contextuelles suivantes :

- le rayon moyen d'action théorique (RMAT), comme indicateur de la difficulté d'accès à une structure de santé de base ;
- l'indice de pauvreté ;

- le niveau d'utilisation des services de santé avant la mise en œuvre de la politique, notamment :
 - o le pourcentage (%) des accouchements assistés ;
 - o le taux de césarienne ;

La classification a permis d'obtenir 4 groupes les plus contrastés possible décrits dans le tableau 2 ci-dessous. Chaque groupe est constitué de districts qui ont le même profil en termes d'accessibilité géographique, de pauvreté et d'utilisation des services (accouchements et césariennes)¹.

¹L'objectif de ces méthodes de classification est de « constituer des groupes d'objets homogènes et différenciés, c'est-à-dire des groupes d'objets tels que : i) les objets soient les plus similaires possibles au sein d'un groupe (critère de compacité) ; ii) les groupes soient aussi dissemblables que possible (critère de séparabilité). La ressemblance ou la dissemblance est mesurée sur l'ensemble des variables descriptives. »

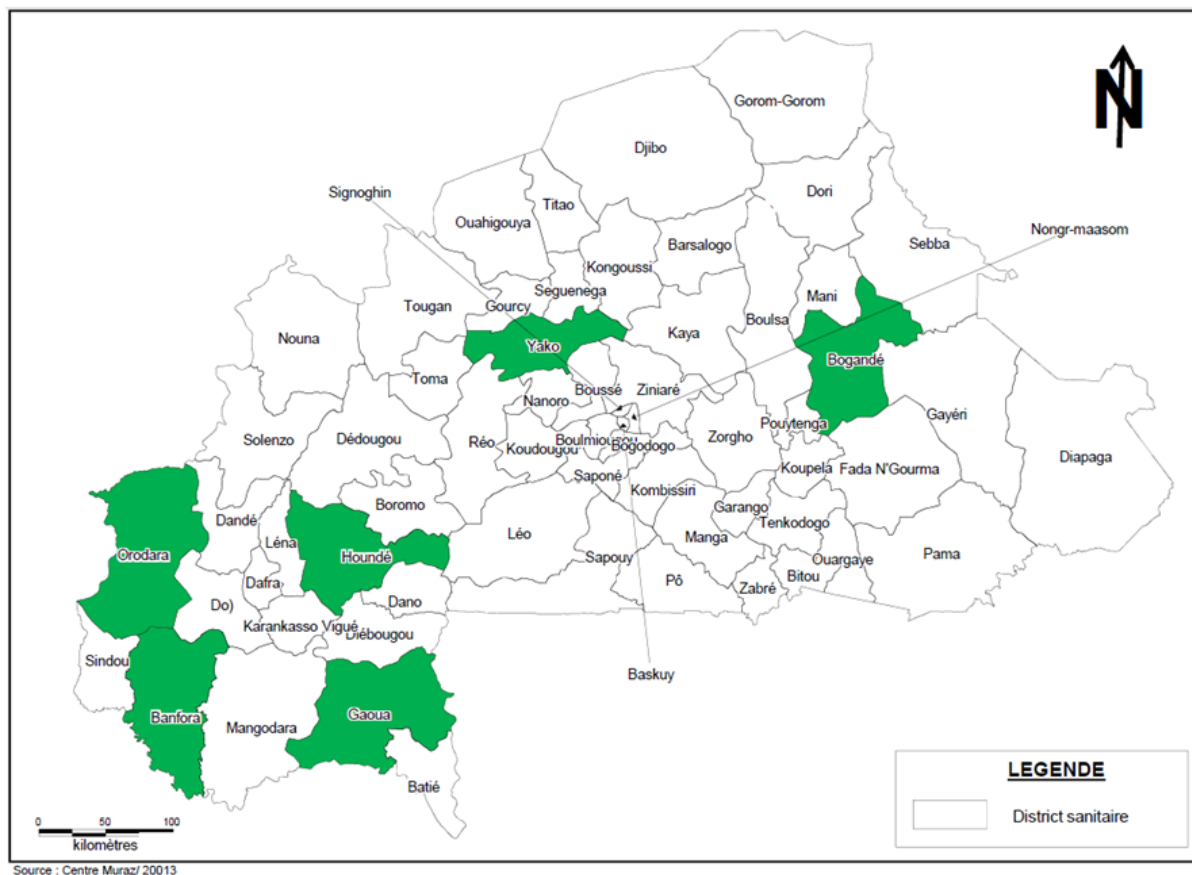
Tableau 2 : Classification hiérarchique des districts sanitaires du Burkina

Groupe	Taux césar	% accht assistés	RMAT (km)	Pauvreté	Districts éligibles	Description
1	0,17	57,39	4,29	29,94		Groupe de districts avec des blocs pas ou peu fonctionnels car les femmes vont au CHU (les districts de la région centre, Sindou)
2	1,46	47,33	6,69	38,90	Banfora, Fada, Kaya, Koudougou, Houndé, Léo, secteur 30 Ouaga	Utilisation moyenne, accessibilité moyenne et population assez pauvre
3	0,65	42,43	6,66	61,20	Dédougou, Gaoua, Ouahigouya, Tenkodogo, Boromo, Koupéla, Pô, Solenzo, Tougan, Yako, Ziniaré, Zorgho	Faible utilisation, accessibilité moyenne et population très pauvre
4	0,34	33,53	11,53	37,53	Dori, Bogandé, Diapaga, Djibo, Orodara	Très faible utilisation, mauvaise accessibilité et population assez pauvre

Le groupe 1 étant constitué de districts avec des blocs opératoires peu ou pas fonctionnels, c'est donc dans les 3 autres groupes que les districts d'étude pouvaient être sélectionnés. Pour avoir les six districts l'étude, dans chacun des trois groupes, deux districts ont été retenus.

La sélection définitive a tenu compte des facteurs confondants potentiels sur les résultats de la présente étude. Par exemple les districts sanitaires de trois régions sanitaires (Sahel, Boucle du Mouhoun, Nord) ont fait l'objet d'une subvention complémentaire des ONG HELP et Terre des Hommes ayant permis de couvrir 100% des frais des accouchements, entre autres. D'autre part, dans la région sanitaire du Centre-Ouest, le CHR de Koudougou bénéficie de la coopération technique chinoise. Enfin, certains districts comme Koupéla et Léo, en raison d'un nouveau découpage, ne couvraient plus la même zone qu'avant la mise en œuvre de la politique de subvention des SONU.

Figure 1 : Districts sanitaires où le projet FEMHealth a été mis en œuvre au Burkina



- **Prétest des outils de collecte des données**

Les outils pour la collecte des données ont fait l'objet d'un pré-test au CMA de Boromo les 26 et 27 octobre 2011, pour les outils sur l'impact de la politique (PA3) et les outils financiers (PA2), et le 24 janvier 2012, pour l'outil sur les indicateurs de santé et la qualité des soins (PA4). La période de décembre à janvier a surtout été consacrée à la finalisation du protocole.

- **Approbation éthique**

Le protocole a été soumis à l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé qui à sa délibération du 05 octobre 2011 a autorisé la mise en œuvre du protocole de recherche. En plus de l'approbation du Comité d'éthique, des autorisations administratives pour la collecte des données avaient été demandées et obtenues auprès des districts et régions sanitaires, au niveau des directions des hôpitaux (CHR et CHU) et au niveau national (Direction de la Santé de la Famille).

- **Comité de pilotage**

Un comité de pilotage fut mis en place pour :

- conseiller l'équipe de recherche par rapport à la vision stratégique, l'orientation, les priorités et les approches au niveau du pays ;
- faciliter les activités de terrain par l'introduction de l'équipe de mise en œuvre auprès des autorités et des personnes ressources ;
- examiner les progrès dans la mise en œuvre des programmes annuels ;
- servir de lien entre l'équipe de mise en œuvre et les décideurs politiques afin de faciliter la dissémination finale des résultats.

- **Collecte des données**

Elle s'est déroulée de février à décembre 2012. Les données ont été collectées soit directement par les chercheurs (tout le volet quantitatif des outils POEM & POLIAS et une partie du volet qualitatif, les outils sur les flux financiers, le coût du paquet de soins, et la motivation du personnel) ou par des agents recrutés à cette fin (outils sur les entretiens de sortie (PA2), les indicateurs de santé et la qualité des soins (PA4), POEM & POLIAS pour le complément du volet qualitatif). Dans le cas d'implication d'autres agents, une formation était préalablement faite. Au cours de chaque formation, les objectifs du paquet d'activités étaient d'abord passés en revue puis ensuite la méthodologie à utiliser et les informations qui devraient être collectées. En prolongement de la phase de formation, des guides de collecte ont été élaborés. Le tableau 3 résume les objectifs et les approches méthodologiques utilisées pour les outils de recherche qui ont été testés au Burkina.

Tableau 3 : Objectifs, matériel et méthodes pour les outils de recherche testés au Burkina Faso

Outil	Objectifs	Méthode de collecte des données
Entretiens avec les acteurs nationaux et régionaux	Comprendre comment la politique de subvention des soins en santé maternelle a été introduite et transférée du niveau central aux niveaux régional et local	Etude qualitative : entretiens semi-directifs (mai à août 2012) avec 23 informateurs clés ²⁴ comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - décideurs politiques & praticiens/techniciens ; - organisations de la société civile et autres personnes extérieures au système de santé ; - organisations internationales intervenant dans le financement de la santé (OMS, UNFPA, UNICEF, Amnesty International, Union Européenne).
Traçabilité des flux financiers	Retracer l'ensemble des flux financiers du niveau central au niveau périphérique d'une part, et du niveau périphérique au niveau central d'autre part, et analyser l'adéquation et identifier les blocages et retards du financement des SONU	Collecte de données (mars à août 2012) à différents niveaux : national, district sanitaire (n=6) et structure de santé (n=13) soit : 1 CHU, 2 CHR, 4 CMA et 6 CSPS.
Coût du paquet de soins	Déterminer les coûts de production d'un certain nombre de services de maternité	Coûts de production des services couverts par la politique des SONU (accouchement normal, césarienne, pré éclampsie/éclampsie, hémorragie) estimés par établissement de santé. Collecte des données sur les charges couvertes

		<p>par les ressources propres des établissements de santé (médicaments, consommables, salaires du personnel contractuel, et une quote-part du coût des services généraux comme le nettoyage, le gardiennage, etc.) ; salaires du personnel fonctionnaire de l'Etat et les coûts d'investissements non pris en compte. Pour l'estimation du coût de l'accouchement normal et de la césarienne, suivant les hôpitaux, 18 à 35 dossiers ont été extraits ; pour la pré-éclampsie/éclampsie et l'hémorragie par contre, très peu de dossiers ont pu être obtenus.</p>
<p>Entretiens à la sortie de l'hôpital</p>	<p>Comprendre le comportement des populations en matière de recherche de soins maternels, ainsi que les coûts endurés et les appréciations qu'elles font de la qualité des services reçus</p>	<p>Enquête transversale dans les 6 districts auprès de 1609 femmes recrutées pendant six mois (mai à novembre 2012) comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toutes les femmes avec complication de type near-miss ou « échappée belle » ; • toutes les femmes césarisées ; • toutes les femmes dont l'accouchement s'est accompagné de mort-né, de near-miss néonatale, ou de bébé décédé dans les 7 premiers jours de vie dans le service ; • toutes les femmes avec présentation de siège, les accouchements instrumentaux et les accouchements gémellaires ;

		<ul style="list-style-type: none"> Des femmes avec accouchement non compliqué dont l'effectif est indexé sur celui des césariennes, recrutées en partie dans les hôpitaux des districts d'étude et dans un CSPS proche par district.
Enquête sur la motivation du personnel de santé	<p>Examiner les changements potentiels induits par l'introduction de la politique de subvention des accouchements et des SONU sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> a- les habitudes de travail du personnel de santé ; b- leur motivation et les incitations financières suivant l'introduction de la politique ; c- la perception de la politique et de son impact par les agents de santé. 	<p>Enquête transversale (d'octobre à décembre 2012), au moyen d'un questionnaire structuré, dans les six districts d'étude, auprès de 130 agents de santé recrutés de manière aléatoire et proportionnellement aux effectifs par district. Parmi les différentes catégories du personnel de santé (médecins, attachés de santé, sages-femmes/maïeuticiens d'Etat, infirmiers d'Etat, infirmiers brevetés, accoucheuses auxiliaires), à l'hôpital (CHR/CMA) et dans un CSPS.</p>
<p>Evaluation de la mise en œuvre de la politique (3 outils) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - POLIAS (évaluer le degré de mise en œuvre de la politique) - POEM (décrire 	<p>POLIAS</p> <p>Décrire le début de la politique dans les districts d'étude et le degré de mise en œuvre selon 3 dimensions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le paquet de services actuellement couvert dans le cadre de la politique (Paquet), • la disponibilité des services (Offre) et 	<p>Différents outils quantitatifs et qualitatifs ont été utilisés dans les 6 districts sanitaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Volet quantitatif <p>Revue documentaire (rapports, registres) du système d'information sanitaire et autres documents tels que les rapports annuels du district et de l'hôpital.</p>

<p>les changements liés à la politique) - Evaluation réaliste</p>	<ul style="list-style-type: none"> la couverture géographique de la politique (Couverture). <p>L'étude POLIAS compare la situation actuelle au niveau du district avec les lignes directrices officielles du Ministère de la santé</p> <p>POEM</p> <p>Evaluer les effets positifs ou négatifs de la politique de subvention sur les services ciblés par la politique et sur les services non ciblés</p> <p>EVALUATION REALISTE</p> <p>Documenter et analyser les raisons de l'adoption et de la mise en œuvre – ou non – de la politique et les conditions de réussite de la mise en œuvre.</p> <p>L'évaluation réaliste se fait en plusieurs étapes qui consistent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> comparer la situation actuelle au niveau du district avec les lignes directrices officielles du Ministère de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Volet qualitatif <p>57 entretiens avec des informateurs clés : MCD (6), Directeur CHR (2), Gestion/administration (6), agents de la Maternité (10), du Bloc (6), ICP (12), COGES (11), AA (2), Entrevues informelles (16). Entretiens enregistrés, retranscrits à l'aide du logiciel f4 et transférés dans Word puis encodés dans NVIVO pour être analysés.</p> <p>Pour l'évaluation réaliste, deux sites contrastés parmi les six ont été sélectionnés pour tester les éléments de la théorie de programme : le district sanitaire de Banfora et le district sanitaire de Orodara. Des informations complémentaires y ont alors été recueillies auprès d'informateurs clés déjà rencontrés lors de la collecte des données avec l'outil POLIAS-POEM. En plus des précisions collectées sur certains aspects déjà explorés antérieurement, des services non directement concernés par l'application de la politique ont été également pris en compte (cas des sapeurs-pompiers, des prestataires et des usagers du post opéré, de la médecine, du service d'information sanitaire).</p>
---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • décrire les perceptions des professionnels de santé (gestionnaires des services de santé, prestataires de soins) au sujet des défis liés au changement de politique • analyser les mécanismes qui expliquent l'adoption et la mise en œuvre de cette politique au niveau opérationnel • identifier les éléments de contexte nécessaires pour la réussite de la politique 	
<p>Outil quantitatif sur les near-miss, les césariennes et la qualité des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer si l'introduction de la subvention nationale des accouchements et des SONU a eu pour effet d'accroître : <ul style="list-style-type: none"> ○ les accouchements dans les services de santé ○ les césariennes • Déterminer si la subvention nationale des accouchements et SONU a permis d'accroître l'équité dans l'accès aux soins. • Documenter l'effet de la politique de 	<p>1) Revue des données EDS et des données de routine du Ministère de la santé (annuaires statistiques) ;</p> <p>2) Etude prospective dans les hôpitaux des six districts d'étude : - extraction de données, de mai à novembre 2012, sur les mères et les bébés au moyen de fiches de collecte par des agents de santé préalablement formés (2 en maternité et un en pédiatrie) sur les critères de sélection et les définitions des cas ; deux critères de définition des near-miss ont été utilisés parallèlement :</p>

	<p>subvention sur la morbidité maternelle et néonatale grave et sur la qualité des soins.</p>	<p>critères du projet Audobem (essentiellement bâtis sur une précédente expérience avec le projet Impact) et critères OMS ; - échantillon de 1752 mères et 182 bébés comprenant :</p> <p style="text-align: right;">Page 29</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les cas de near-miss et décès maternels ; • tous les cas de césariennes ; • tous les cas de mort-né, near-miss et décès néonatal ; • tous les cas de présentation de siège, accouchements instrumentaux, naissances gémellaires ; • des cas d'accouchement normal dont l'effectif est indexé sur celui des césariennes
--	---	--

Assurance qualité dans la collecte des données

Les données furent collectées soit directement par l'équipe de recherche (outils POEM, POLIAS, FFT, Coût, HWIS) ou par des agents recrutés à cette fin. Dans le cas d'implication d'autres agents une formation était préalablement faite. Comme support pour la collecte des données et en prolongement de la phase de formation, des guides de collecte furent élaborés. De manière spécifique, lors de la formation sur les entretiens dans les ménages les questions furent traduites dans les principales langues locales parlées au niveau de chaque district sanitaire (*mooré, dioula, gourmatchéma*). Des supervisions étaient réalisées et aucune fiche de collecte des données n'était saisie sans au préalable avoir été validée lors des supervisions. Un système de suivi hebdomadaire des entretiens fut élaboré afin de permettre une programmation efficiente des missions de supervision. Au moment de l'inclusion, 2 à 3 contacts téléphoniques étaient collectés pour chaque femme ; ces contacts permettaient aux chercheurs de communiquer directement avec les femmes en cas de besoin, notamment lors des supervisions.

Une liste de numéros d'identification fut élaborée pour le recrutement des femmes dans les hôpitaux et les CSPS, afin d'éviter les problèmes au niveau des identifiants, lesquels constituent la base pour l'intégration des informations à travers les différents outils. Soixante-dix-sept pour cent (77%) de l'échantillon pour les entretiens de sortie proviennent de l'échantillon recruté pour l'outil sur les near-miss et la qualité des soins. L'outil sur les coûts porte également sur une partie des femmes communes à ces deux outils de recherche.

Toutes les fiches validées étaient saisies en double par deux agents de saisie expérimentés. Ces saisies étaient ensuite comparées afin de s'assurer de leur concordance. Les cas de non concordance, hormis les problèmes d'orthographe pour lesquels ce n'était pas nécessaire, étaient réglés en se référant aux fiches de collecte concernées.

Pour les entretiens des volets qualitatifs (POLIAS, POEM, évaluation réaliste), les outils adaptés au contexte ont été utilisés par des membres de l'équipe eux-mêmes qui ont assuré un suivi direct de tout le processus de collecte, de traitement et d'analyse des données, avec l'appui de collaborateurs expérimentés.

Limites de l'étude

L'étude comporte un certain nombre de limites parmi lesquelles on note :

- L'utilisation de données secondaires pour plusieurs des outils (FFT, Coût, POLIAS, POEM) : tributaire de la qualité des données primaires ;
- Plusieurs données manquantes pour FFT, POLIAS-POEM ;

- Un faible niveau de désagrégation des données secondaires ;
- Une diversité des systèmes de santé locaux : interférences d'initiatives locales (système de partage de coût à Orodara et Yako, et Bogandé).

Résultats

La présentation des résultats est articulée ainsi qu'il suit: dans un premier temps, il est donné un aperçu général du contenu de la politique puis suivront les observations relatives au financement ; ensuite, il est question du processus de mise en œuvre et ses apports, et des effets, notamment son impact au niveau du système de santé local et dans la communauté ; enfin, quelques facteurs explicatifs sont discutés.

Contexte

Bien que la mortalité maternelle au Burkina Faso était passée de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1993 à 484 pour 100 000 naissances vivantes en 1998, elle restait très élevée ; ¼ des décès de femmes de 15- 49 ans seraient dus à des causes maternelles (INSD, 1999). Outre les causes directes de mortalité maternelle (hémorragie, infection, rétention placentaire, rupture utérine, éclampsie, etc.), de nombreux facteurs liés notamment au système de santé, à la communauté ou aux choix politiques ont une répercussion négative sur cette mortalité élevée chez les mères et les nouveau-nés (Ridde et al, 2011, Meda et al. 2008, De Brouwere et Van Lerberghe 2001). L'émergence et l'adoption en 2006 de la politique de subvention des accouchements et des SONU s'inscrit dans un contexte d'adoption, par la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, de politiques d'exemption du paiement des frais des soins maternels et chez les enfants de moins de cinq ans (Olivier de Sardan et Ridde, 2012).

Le processus d'élaboration de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU a combiné différentes approches (Ministère de la santé, 2006) :

- une **revue documentaire** des expériences nationales et internationales en matière de subvention des SONU, des documents de base sur les besoins obstétricaux non couverts, des rapports statistiques et des documents administratifs du Ministère de la santé (tarification des actes, etc.) ;
- des **entretiens** avec des personnes ressources (des hôpitaux, de la DAF du Ministère de la santé, de l'équipe CDMT, du secrétariat permanent de suivi des politiques et programmes financiers) ;

- des **simulations** pour l'estimation du nombre de cas attendus (accouchements normaux et complications), des coûts et des niveaux de subvention par le budget national ;
- **la tenue d'un atelier national de consensus** pour valider la stratégie.

Trois hypothèses de subvention furent formulées en tenant compte de la dépense moyenne par ménage pour la santé et de la capacité contributive du budget national.

Après examen des trois hypothèses, avec le souci de l'efficacité et de la pérennité, le conseil des ministres en sa séance du 22 mars 2006 opta pour celle dont les niveaux de subvention sont donnés dans le tableau 4 ci-dessous (Ministère de la santé, 2006).

Tableau 4 : Tarifs pour les services pris en charge dans le cadre de la subvention SONU au Burkina Faso, selon le niveau de soins

N°	Prestation	Tarif actuel	Taux de subvention	Tarif Applicable
Au niveau CSPS				
1.	Accouchement eutocique	4 500	80%	900
2.	Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
Au niveau CMA				
3.	Accouchement eutocique	4 500	80%	900
4.	Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
5.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	18 000	80%	3 600
6.	Soins intensifs au nouveau-né (inférieur ou égal à 7 jours)	18 000	80%	3 600
7.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	18 000	80%	3 600
8.	Césarienne	55 000	80%	11 000
9.	Laparotomie (GEU et Rupture Utérine)	55 000	80%	11 000
Au niveau CHR/CHU				
1.	Accouchement eutocique	4 500	60%	1 800
2.	Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
3.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	18 000	80%	3 600
4.	Soins intensifs au nouveau-né (inférieur ou égal à 7 jours)	18 000	80%	3 600
10.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	18 000	80%	3 600
5.	Césarienne	55 000	80%	11 000
6.	Laparotomie (GEU et Rupture Utérine)	55 000	80%	11 000

Dans le calcul du montant de la subvention, le coût du transport a été pris en compte pour les SONU. Il s'agit d'une allocation d'un forfait de 10 000 FCFA par évacuation qui comprend le coût du carburant et de l'entretien de l'ambulance. Ce forfait est déjà inclus dans le coût global de 55 000 FCFA pour les césariennes et laparotomies et de 18 000 FCFA pour les autres SONU.

L'atelier national sur l'élaboration de la subvention des SONU et des accouchements eutociques a préconisé une subvention supplémentaire (soit 20%

du budget annuel) pour une prise en charge intégrale des indigents (Ministère de la santé, 2006).

Mise en œuvre

L'atelier national sur la subvention des accouchements et des SONU a retenu l'octroi de ressources financières annuelles aux différents échelons du système de santé. Pour une meilleure traçabilité de l'utilisation de la subvention, il a été préconisé la création d'une ligne budgétaire spéciale « Subvention des accouchements et des Soins Obstétricaux d'Urgence », l'allocation des formations sanitaires périphériques devant se faire via le district sanitaire (Ministère de la santé, 2006).

Cette approche exige :

1. l'octroi d'un fond ou stock de départ qui correspondrait aux besoins annuels de chaque structure,
2. la détermination d'une périodicité acceptable pour la production de l'information nécessaire et l'établissement des bons,
3. l'instauration d'un système de contrôle efficace pour s'assurer de la fiabilité des données statistiques sur le nombre des accouchements et des SONU pris en charge.

Les avantages attendus de cette approche se situent essentiellement à trois niveaux :

- permettre aux prestataires de disposer des produits conformes à leurs besoins,
- inciter les acteurs à la performance en termes de nombre de cas pris en charge,
- motiver les acteurs à la production des informations sanitaires et de gestion sur les accouchements et les SONU.

Le risque majeur de cette approche est la tendance à la fraude en matière de données sur le nombre de cas pris en charge.

Plan de mise en œuvre

La mise en œuvre de la stratégie nécessite :

- l'harmonisation des protocoles de soins, du contenu des kits, des tarifs (actes et kits),
- l'élaboration d'un manuel de procédure (prise en charge, circuit et gestion),
- la promotion et la sensibilisation des prestataires et des bénéficiaires,
- le suivi et le contrôle.

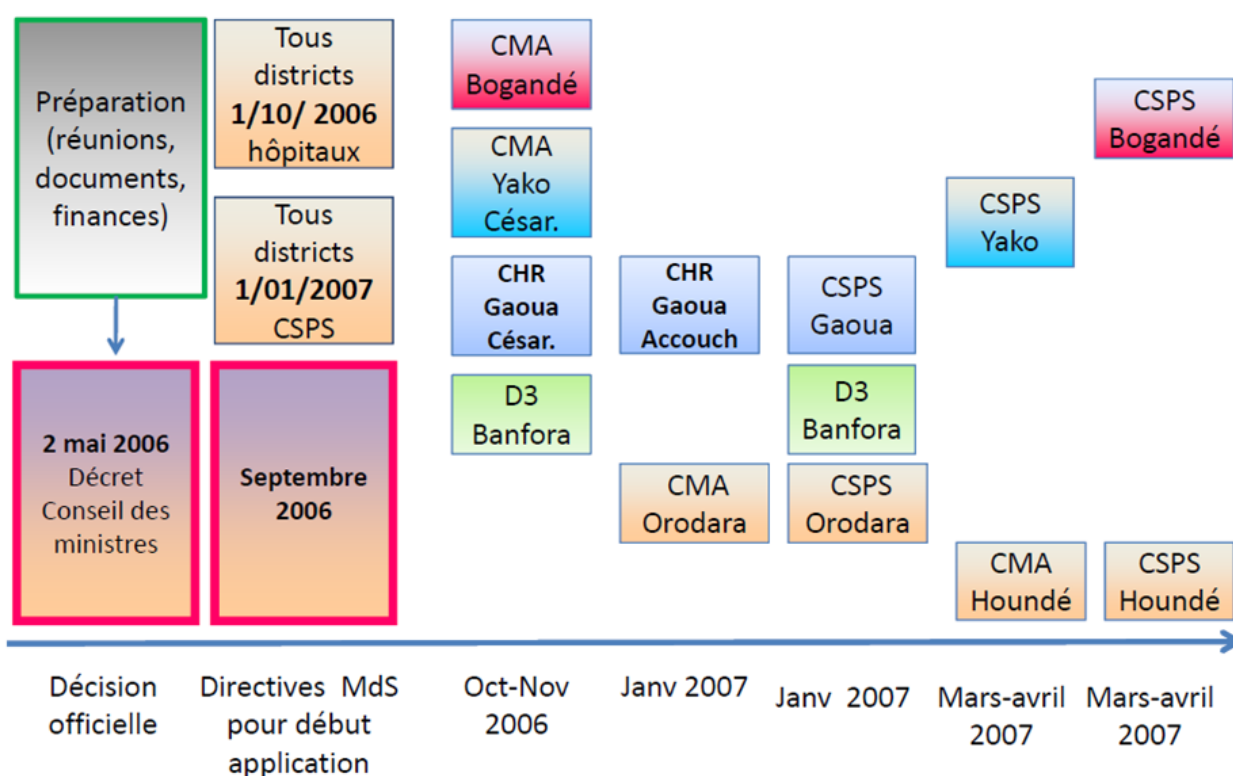
Description de la politique : Paquet couvert théorique

La subvention couvre essentiellement cinq types de prestations et le paquet officiel est appliqué dans toutes les structures publiques de soins et quelques structures privées à but non lucratif :

1. accouchements eutociques
2. soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) :
3. examens paracliniques
4. hospitalisation des bénéficiaires
5. transport des bénéficiaires

La figure 2 ci-dessous retrace la chronologie de la mise en place de la politique dans les sites d'étude.

Figure 2 : Chronologie de la mise en place de la politique de subvention des accouchements et SONU dans les districts sanitaires au Burkina Faso



Le décret d'application pris en conseil des ministres le 22 mars 2006 fut traduit en directives ministérielles (septembre 2006) appliquées en deux temps : d'abord la subvention des césariennes à partir d'octobre 2006 puis ensuite les accouchements à partir de janvier 2007. Mais l'application pratique montre que chaque district a commencé à des dates différentes. Par ailleurs, un arrêté interministériel du 23 février 2012 précise les modalités d'application et de gestion de la subvention. Les dépenses éligibles au titre de la subvention sont :

- les coûts de l'acte ;

- les coûts des médicaments et consommables médicaux utilisés ;
- les frais des examens complémentaires ;
- les frais d'hospitalisation ;
- les frais de carburant pour le transport entre formations sanitaires

Le système de partage des coûts expérimenté avant la politique de subvention des soins de santé maternelle est appliqué conjointement à la subvention dans certaines formations sanitaires (la moitié des six districts de l'étude), ce qui contribue à réduire encore plus les coûts des soins. Cela consiste en une participation des municipalités, des familles et de l'ECD/COGES à la prise en charge des urgences obstétricales, selon un système de péréquation qui rend les soins très accessibles aux adhérents. D'autres expériences d'exemption partielle du paiement des services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ont été entreprises dans la même période par des ONG internationales à partir de 2008. Ainsi, la Fondation Terre des Hommes (Suisse) a entrepris dans deux districts un système de tiers payant (Blanchet et al, 2011) permettant d'ajouter une exemption complémentaire à la subvention SONU en rendant les soins gratuits au point de service pour cette catégorie vulnérable de la population. Il en est de même de l'ONG HELP dans deux districts, initiative couplée à des études ciblées (Ridde et Queuille, 2010) sur différents aspects notamment : le recouvrement des coûts liés à la subvention SONU, la qualité des prescriptions médicales, les coûts, les effets sur les femmes enceintes et les enfants, l'efficacité du ciblage des indigents bénéficiaires de la gratuité prévue pour cette catégorie de personnes démunies. Une étude de faisabilité du passage à l'échelle nationale de la gratuité des soins aux enfants de moins de 5 ans a été réalisée par le Ministère de la santé (2012). Elle a abouti à la conclusion que l'investissement annuel nécessaire varie entre 9,6 et 12,6 milliards de FCFA selon le scénario retenu.

Par ailleurs, l'ONG Amnesty International a mené une campagne de plaidoyer de grande envergure nationale en 2009 contre la mortalité maternelle dénommée « donner la vie, risquer la mort ». Différents canaux de communications ont été utilisés pour sensibiliser sur les risques liés à la maternité et les barrières courantes d'accessibilité aux soins. Cette démarche a été couronnée fin 2009 par une audience accordée par le Chef de l'Etat au cours de laquelle l'idée d'une « levée des obstacles financiers à la santé maternelle » a été exprimée, laissant espérer une décision en faveur d'une gratuité totale des accouchements non encore concrétisée.

Financement de la politique

Au Burkina Faso, la subvention des SONU repose sur des lignes de crédits octroyées à la Direction de la Santé de la Famille (DSF), précédemment appelée Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), qui se charge de refinancer, sur une base semestrielle, les hôpitaux nationaux et régionaux mais aussi les districts sanitaires. Les districts se chargent à leur tour du remboursement des hôpitaux de district (CMA) et les structures de santé de base (CM et CSPS).

Les ressources étaient allouées au départ sur une base forfaitaire à partir de l'estimation annuelle du nombre de naissances attendues avant de procéder par un remboursement des dépenses éligibles réellement effectuées par les structures de santé. L'enquête de traçabilité des flux financiers visait donc au suivi de l'ensemble des flux financiers du niveau central au niveau périphérique d'une part, et du niveau périphérique au niveau central d'autre part.

Le budget global de la politique des SONU (hors administration, équipements, etc.) sur les cinq premières années de sa mise en œuvre est de 14 512 millions de FCFA (tableau 5). Le total des remboursements sur la même période s'élève à 12 851 millions de FCFA. En moyenne, la dépense annuelle consacrée aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence représente environ 2% des dépenses publiques de santé ; en moyenne 9 500 FCFA ont été dépensés par femme prise en charge (tableau 5).

Si en volume le budget de la politique a connu un accroissement progressif, proportionnellement au nombre de femmes prises en charge, il n'en est pas de même pour son évolution nette en pourcentage. En effet, le budget total de la politique de subvention des SONU a connu une évolution décroissante de 2009 à 2011, allant de 15% à 7%. Par contre, les remboursements ont connu une évolution à la hausse entre 2008 et 2010 contre une baisse notable d'environ 25% en 2011. Pour plus de détails se référer au rapport sur l'outil sur les flux financiers (Ilboudo et al, 2013).

Tableau 5 : Budget total et dépense (hors administration, équipements, etc) de la politique de subvention des SONU, de 2006 à 2011 en millions de F CFA

	2006-7	2008	2009	2010	2011	Total
Budget total de la politique SONU						
Budget total par an	3,521	2,251	2,598	2,961	3,180	14,512
Budget total par an des indigents	587	375	433	493	530	2,419
Budget total de la politique par tête						
Dépense par tête au niveau national	125	153	171	188	196	-
Dépense de la politique¹						
Remboursements	2,297	1,671	2,144	3,852	2,888	12,852
Solde de la politique²	1,224	580	554	-892	293	1,660
Evolution annuelle du budget³ (%)						
Evolution du budget de la politique	-	-	15	14	7	-
Evolution des remboursements	-	-	28	80	-25	-

Source : Données nationales issues du système de gestion des SONU (SYGSONU)

1=Dépense totale de la politique (hors administration et équipements etc.)

2=Solde de la politique (hors administration et équipements etc.)

3=Evolution annuelle du budget et des dépenses

Tableau 6 : Dépenses de la politique en pourcentage des dépenses publiques de santé et montant dépensé par accouchement de 2006 à 2011.

	2006-7	2008	2009	2010	2011	Total
Dépense publique de santé¹						
Dépense totale	77,194	82,874	99,310	102,858	105,813	537,659
Dépense de la politique²						
Remboursement	2,297	1,671	2,144	3,852	2,888	12,852
Dépense de la politique³						
Ratio (%)	3	2	2	4	3	2
Nombre d'accouchements⁴						
Total	163,245	288,283	347,645	386,936	330,487	1,518,714
Dépense par accouchement⁵						
Montant dépensé	14,484	6,320	6,892	11,379	10,190	9,464

1=Dépense publique totale de santé

2=Dépense totale de la politique (hors administration et équipements etc.)

3=Dépense totale de la politique (hors administration et équipements etc.) en pourcentage de la dépense publique totale de santé

4=Nombre total des accouchements pris en charge dans le cadre de la subvention des SONU

5=Montant dépensé dans le cadre de la politique par accouchement réalisé par année

Considérant la faible proportion du budget de la politique de subvention des accouchements et des SONU dans le budget global (<0,5%), l'on peut se dire que c'est une dépense supportable (tableau 7). Par conséquent, l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que la politique se poursuive au-delà de 2015 qui est la première échéance établie.

Tableau 7 :Part des dépenses de la politique de subvention des accouchements et SONU dans le budget du ministère de la santé et dans le budget de l'Etat, de 2006 à 2011

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

Effets de la politique

Effets sur les intrants et le système de santé

Selon les avis de la plupart des informateurs rencontrés, tout le paquet officiel est couvert dans la mise en œuvre. En réalité il y a quelques disparités locales comme le montrent les péripéties dans l'implantation et le déroulement des activités. Par exemple, selon les options appliquées pour les kits de médicaments, au début les kits étaient disponibles uniquement pour les accouchements eutociques et les césariennes et non pour les autres types d'actes éligibles (dystocies, pré-éclampsie, crises d'éclampsie, laparotomie, AMIU). Par ailleurs, certaines prestations ne sont pas effectives, ou donnent lieu à des adaptations non prévues dans les directives, pour insuffisance de définition des normes applicables (cas des dystocies au niveau CSPS), pour absence de disponibilité de prestataires compétents et de l'équipement requis (cas de la réanimation du nouveau-né et des interventions lourdes nécessitant une anesthésie générale pour les blocs opératoires non pleinement fonctionnels) et des intrants (manque de produits sanguins ou ruptures occasionnelles de certaines molécules remplacées par d'autres sans directives officielles). Dans ce contexte, les malades sont parfois confrontés à une situation où l'indisponibilité des services à l'échelon prévu entraîne des coûts supplémentaires puisqu'ils sont obligés d'aller à l'échelon supérieur ou de trouver des palliatifs en dehors des mécanismes mis en place (achats de médicaments en dehors du circuit conventionnel ou recours à des services externes pour des examens complémentaires payés au coût réel).

Par rapport à la couverture géographique, l'offre de service s'étend à toute l'étendue des districts concernés et aucune restriction n'a été mentionnée.

Disponibilité des services : le score de disponibilité

Le "score de disponibilité" (services, ressources humaines, matériels et médicaments) estimé dans le tableau 8 ci-dessous donne une idée de la disponibilité à la fois des éléments clés (ressources humaines et services) et des intrants de base (médicaments) selon le cadre conceptuel. La pondération faite à partir du score de disponibilité théorique situe sur le niveau de disponibilité réelle des structures dans les six districts à nuancer en fonction d'autres éléments de contexte. Pour plus d'information sur le score de disponibilité consulter le rapport POLIAS/POEM (Bruno Marchal et al, 2013).

Tableau 8 : score de disponibilité des services dans les districts sanitaires du Burkina

	Bogandé	Yako	Orodara	Houndé	Gaoua	Banfora
SCORE TOTAL DISPONIBILITE SERVICES Maximum possible=17	14.0	13.0	14.0	13.0	14.0	13.0
SCORE TOTAL DISPONIBILITE RESSOURCES HUMAINES Maximum possible=16	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
SCORE TOTAL DISPONIBILITE MATERIEL et MEDICALEMENTS Maximum possible=33	14.4	8.2	11.9	7.7	8.2	12.4
Pondération : 1/1.94						
SCORE TOTAL DISPONIBILITE THEORIQUE Maximum possible=50	43.4	36.2	40.9	35.7	37.2	40.4
PONDERATION						
• 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
Score après soustraction des points perdus	43.0	17.7	37.2	22.4	37.2	33.7

La politique de subvention des SONU au Burkina Faso ne semble pas avoir entraîné des difficultés financières majeures sur le fonctionnement des établissements de santé. En effet, bien que le niveau de subvention soit toujours celui adopté par le conseil des ministres, le principe de remboursement est basé sur les frais réellement supportés par les structures de santé pour la prise en charge des femmes. L'inexistence de données sur la prise en charge des indigents pourrait traduire des difficultés de mise en œuvre de ce volet de la politique.

Toutes les années de mise en œuvre de la subvention confondues, l'Etat a représenté l'un des principaux pourvoyeur de capitaux dans le fonctionnement des CHR, contribuant à lui tout seul à plus de 2/3 des ressources des CHR, SONU et autres ressources étatiques confondues. Il faudra noter la relative baisse de la contribution des PTF, passant d'une moyenne de 5-6% entre 2006 et 2007 à 2% entre 2010 et 2011. Sur la même période il est enregistré une relative augmentation du budget de la politique SONU, passant d'une moyenne de 8 à 9%, et de la contribution des usagers (de 1 à 3% pour tous les services confondus). Il est aussi important de noter l'augmentation enregistrée dans les diverses autres sources de financement des CHR passant de 15 à 21% entre 2006 et 2011. Cette augmentation dans les autres sources de financement des ressources des CHR pourrait être due aux apports de diverses sources afin de compenser la baisse des financements des PTF. En outre, la mise en œuvre de la politique de 2006 à 2011

ne semble pas avoir provoqué de distorsions majeures dans les ressources des CHR d'une année à une autre.

Il est intéressant de noter qu'en dépit de la politique des SONU, les ristournes ont connu une évolution plus ou moins croissante entre 2006 et 2011. L'augmentation du nombre des patientes prises en charge pourrait justifier cette augmentation des ristournes accordées au personnel de santé.

Sur toute la période de mise en œuvre de la politique des SONU, la vente des MEG a constitué la principale source financière des CSPS, contribuant en moyenne à hauteur de 69% de leur financement. A l'inverse, la subvention des SONU (ressource étatique) a représenté la plus petite source de financement des CSPS sur la période considérée, contribuant seulement à environ 5% de leurs ressources. Mais il a été observé une diminution des ressources tirées de la vente des MEG qui semble être compensée par l'augmentation progressive des ressources tirées des autres sources telles les dons, les intérêts bancaires, autres appuis budgétaires de l'Etat, etc., ainsi qu'une augmentation de la subvention de l'Etat pour la prise en charge des SONU. La diminution de la vente des MEG pourrait s'expliquer par une réduction des charges directes des ménages notamment en médicaments et consommables médicaux pour leur prise en charge. Aucune subvention n'a été reçue par les CSPS en 2006, parce que la politique y est entrée en vigueur à partir de 2007.

Suivant l'analyse faite en s'appuyant sur le principe initial de remboursement (au forfait), l'introduction de la subvention des SONU a, en moyenne, semblé avoir eu un effet positif sur les finances des CSPS qui ont enregistré une évolution annuelle moyenne plus ou moins positive allant de -0.58 à 4.38 millions de F CFA entre 2006 et 2011. Mais l'analyse par CSPS fait ressortir une situation hétéroclite suivant les CSPS. Ainsi, le CSPS du secteur 8 de Banfora et celui de Dieri à Orodara semblaient avoir connu plus de difficultés financières avec la survenue plus fréquente de soldes négatifs au cours des 5 premières années de la mise en œuvre des SONU. Il est important de noter que dans ces deux districts, il n'a pas été possible de rassembler de façon exhaustive les preuves de la prise en charge des patientes. Ce manque de justificatifs pourrait avoir causé des soldes négatifs sur certaines années de la mise en œuvre de la politique des SONU.

Pour les CHU et CHR, l'analyse montre que les dépenses totales de prise en charge des SONU ont augmenté d'année en année, mais les remboursements n'ont pas suivi cette tendance. Les remboursements au CHU ont dépassé les dépenses engagées en 2007 et en 2010 mais ont été inférieurs aux coûts engagés par le CHU en 2008 et 2009. Même si en apparence les remboursements ont été

bien en dessous de ce qui était attendu pour 2008 et 2009, il reste que les excédents de remboursements obtenus en 2007 ont servi à compenser la baisse de remboursements en 2008 et 2009. Par ailleurs, la politique des SONU semble avoir progressivement accru la participation financière des usagers qui est passée de 12 millions de F CFA en 2007 à 27 millions en 2011, probablement en raison de l'augmentation croissante de l'utilisation des services (pour plus de détails se référer au rapport sur les flux financiers (Ilboudo et al, 2013).

Pour les CHR, à l'exception de 2007 et 2008, les remboursements ont surpassé les dépenses engagées, beaucoup plus largement en 2010. Toutefois, cette situation pourrait être due à une incomplétude des dépenses de prise en charge en 2010. On note également dans les CHR une évolution progressive de la contribution des usagers à la prise en charge entre 2006 et 2011, passant de 1 à 11 millions de F CFA.

Au niveau CMA, même s'il faut prendre en compte l'incomplétude des données, il ressort que les dépenses engagées pour la prise en charge des SONU ne semblent pas avoir été stables entre 2006 et 2011. A l'exception de 2007 où les remboursements ont surpassé les dépenses de prise en charge, en 2009 et 2010 ils étaient bien inférieurs au taux de remboursement de 80%.

Au niveau CSPS, nous avons trouvé que la contribution financière des usagers aux soins ainsi que les dépenses totales engagées pour la prise en charge des accouchements se sont accrues progressivement de 2006 à 2011. Cependant, les remboursements octroyés au CSPS ont été en deçà des niveaux requis en 2008 et 2010. Par contre, le remboursement a été pratiquement égal au montant dépensé pour la prise en charge des patientes en 2009. En 2007, 2009 et 2011, les ressources totales obtenues par les CSPS ont semblé supérieures aux dépenses engagées.

L'appréciation que les agents de santé font de l'évolution du volume de travail depuis la mise en place de la politique est variable. Certains agents ont rapporté une hausse du volume de travail tandis que d'autres ont plutôt rapporté une baisse. En comparant les hausses par rapport aux baisses, il ressort que le nombre de patientes vues hebdomadairement a augmenté mais que le volume horaire semble avoir diminué (tableau 9). Plus de la moitié des agents ayant déclaré que la politique de subvention des accouchements et des SONU ne s'est pas accompagnée d'une augmentation en nombre suffisant de personnel de santé, cela traduirait peut-être une plus grande efficacité. Malheureusement, l'absence de données sur les effectifs du personnel avant la mise en œuvre de la politique ne permet pas de confirmer ou d'infirmer cette déclaration (figure 3). On peut

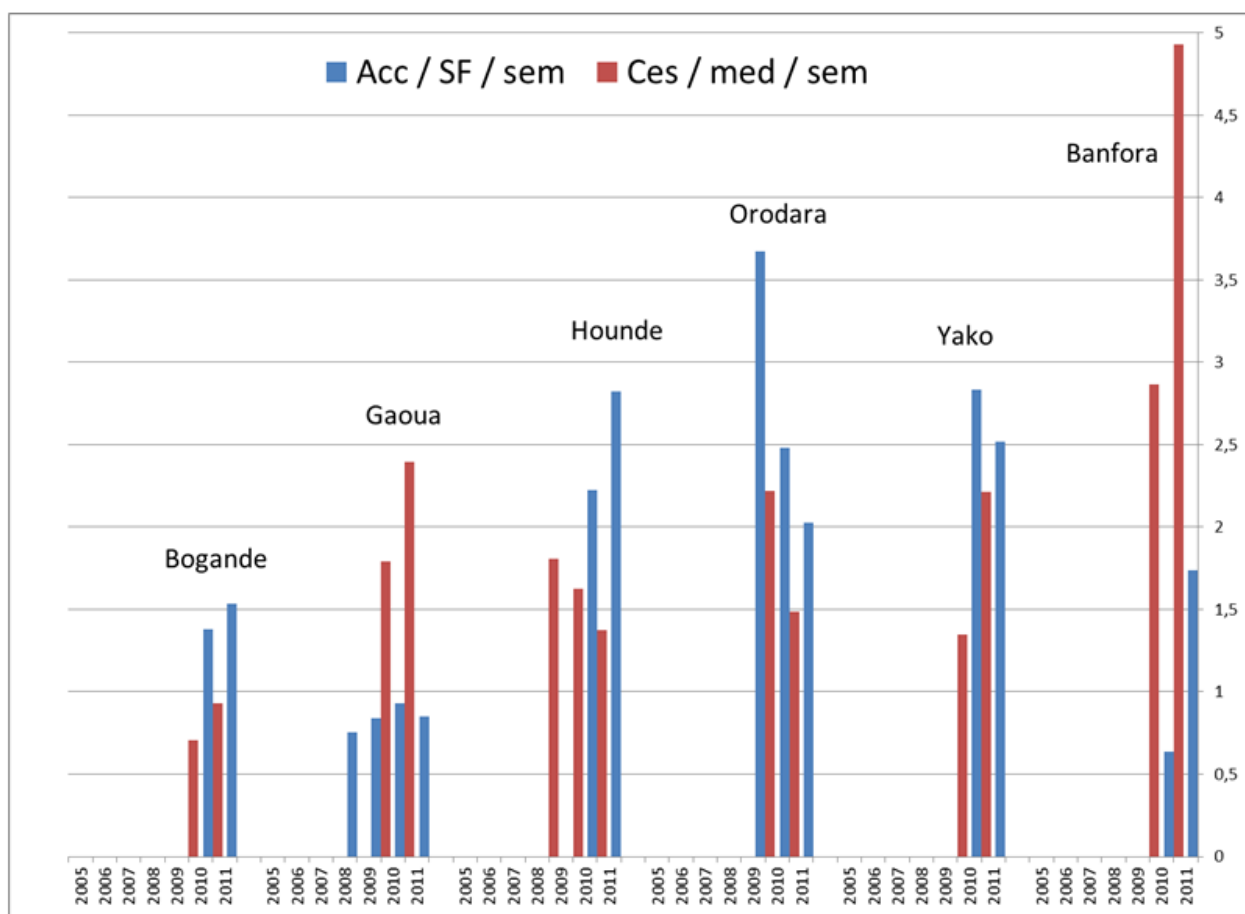
néanmoins constater que la charge de travail est acceptable et supportable, même si elle semble augmenter dans certains sites, comme elle ne dépasse pas 4 accouchements par semaine en moyenne pour les sages-femmes et 5 césariennes par semaine en moyenne pour les médecins.

Tableau 9 : Changements nets enregistrés dans le nombre d'heures de travail, de patientes vues et d'accouchements réalisés hebdomadairement au cours des 5 dernières années

Catégorie d'agent	Heure	Patientes	Accouchements
AA	1	4	2
AS	-3	1	0
IB	-4	5	0
IDE	0	5	0
M	-5	5	0
SFE/ME	0	5	0
Ensemble agents	-1	5	0

AA : Accoucheuse Auxiliaire ; AS : Attaché de Santé ; IB : Infirmier Breveté ; IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ; M : Médecin ; SFE/ME : Sage Femme d'Etat/ Maïeuticien d'Etat

Figure 3 : Evolution du nombre d'accouchements par type de personnel entre 2005 et 2011



Toutefois, les agents de santé estiment qu'avec la mise en place de la politique leurs conditions de travail se seraient améliorées, en raison d'une meilleure disponibilité des médicaments et consommables, du fait que les soins peuvent être initiés plus rapidement, sans attendre les paiements, d'où un raccourcissement des délais de prise en charge des femmes. Par ailleurs, ils rapportent que la qualité des soins se serait améliorée. Tout cela concourt probablement à expliquer pourquoi plus de deux tiers des agents estiment que la politique a augmenté leur niveau de satisfaction au travail. Unaniment, ils ont tous rapporté que la politique est bénéfique aux pauvres.

Bien que dans l'ensemble les agents aient rapporté une hausse de leur revenu, dans leur majorité, ils n'ont pas lié cela à la mise en place de la politique de subvention des accouchements et des SONU. Probablement que ces hausses de salaire étaient essentiellement imputables au gain d'ancienneté dans la fonction et/ou à un changement de corps à la suite d'une formation professionnelle (par exemple de IDE ou SFE/ME à AS). L'on comprend alors que bien que motivés par de meilleures conditions de travail et de meilleurs résultats, les agents de santé se

soient souvent plaints de l'augmentation de leur charge de travail induite par la politique notamment l'accroissement du nombre de formulaires à remplir. Toutefois, parmi les agents interrogés 41% ont rapporté une augmentation de leurs ristournes contre 12% qui ont rapporté une baisse ; cette augmentation de ristournes est probablement un effet indirect de la politique à travers l'accroissement de la fréquentation des services de santé par les femmes. Les agents interrogés ont alors formulé un certain nombre de recommandations listées ci-après :

- une réduction de la quantité de formulaires à remplir et de rapports à produire et le recrutement d'agents commis à ces tâches ;
- une motivation financière du personnel qui met en œuvre la politique ;
- une extension de la subvention à d'autres domaines ;
- un renforcement des capacités du personnel à travers des formations ;
- une sensibilisation des populations sur l'existence de la politique de subvention des SONU ;
- une plus grande célérité des remboursements, de préférence tous les mois.

D'avantage de détails peuvent être obtenus sur la motivation du personnel en se référant au rapport sur l'outil en question (Ilboudo et al, 2013).

Le tableau 10 ci-dessous résume les informations obtenues en rapport avec les effets sur les autres éléments du système de santé :

Tableau 10 :Effets de la politique de subvention des accouchements et des SONU sur les services non ciblés au Burkina Faso

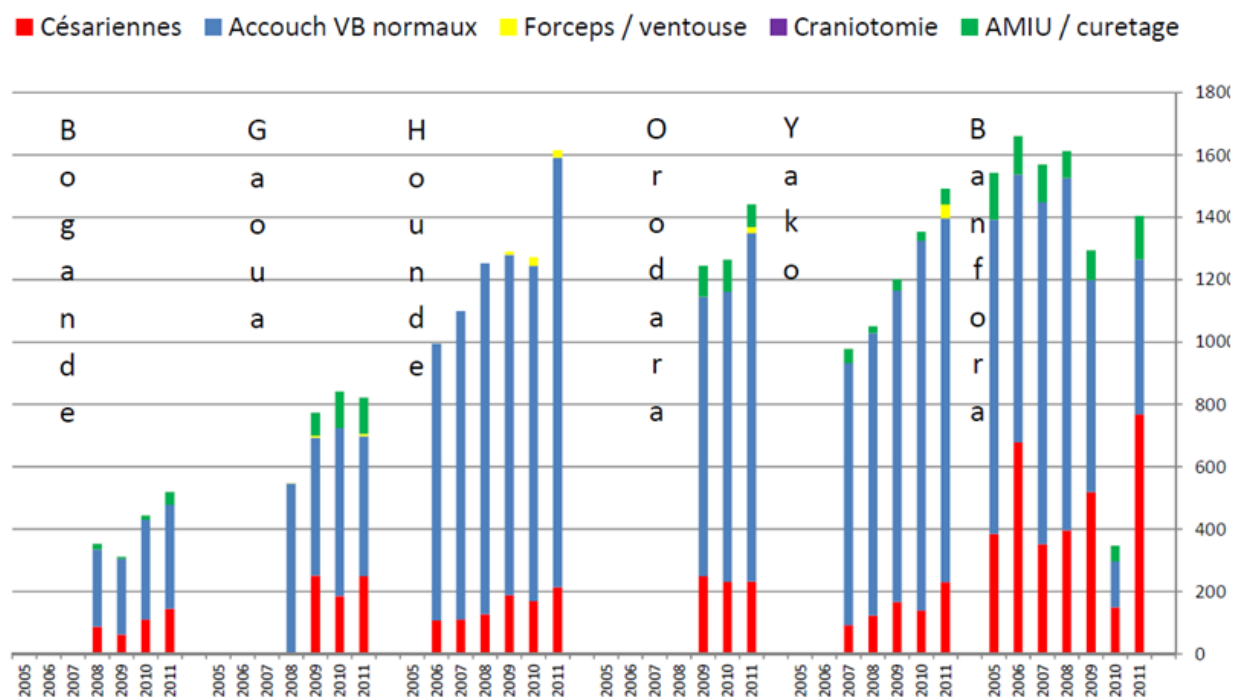
	Effets positifs	Effets négatifs
Ressources financières	Accroissement notable du flux financier avec les allocations et le bénéfice tiré de la vente des médicaments pour les soins subventionnés	- Charge de travail lié au remplissage des supports de gestion par les prestataires - Longs délais de remboursement pouvant réduire la marge de manœuvre financière des CSPS
Ressources humaines	- Formations ponctuelles pour le renforcement des capacités sur les SONU - Supervisions par l'ECD - Organisation pour faire face à l'augmentation des urgences sans personnel additionnel et à la mobilité des agents	- Charge de travail accrue - Conditions de travail dégradées (certains blocs pas aux normes) - Réclamation de primes pour les activités liées à la politique (idée de "motivation")
Médicaments	- accès amélioré aux médicaments pour les agents et les patients	- Gestion floue des kits - Ruptures à certains moments de certains produits
Equipements	-	Pas de mécanisme prévu dans la subvention pour l'achat de matériel (prestations interrompues en maternité ou au bloc)
Système d'information sanitaire	Disponibilité de données de routine liées aux activités de la subvention	- Difficulté d'archivage des documents - Difficultés liées à l'utilisation du logiciel de rapportage SONU

Effets sur le système de santé de routine

Effets sur les prestations de services ciblés

Les données rapportées montrent que l'offre de services ciblés par la politique (accouchements, césariennes, laparotomies et autres prestations pour la prise en charge des urgences obstétricales) a connu une tendance à la hausse ou est restée relativement stable dans tous les sites pendant la période couverte (sources : données de routine du CMA cf. figure 4) mais des variations sont apparues en fonction des contraintes spécifiques rencontrées dans chaque district dans la mise en œuvre de la politique (cas de Banfora en 2010 pour les césariennes à cause d'une indisponibilité temporaire du gynécologue, chef de service de la maternité).

Figure 4 : Evolution des activités obstétricales, de 2005 à 2011.



Effets sur la fonction de stewardship

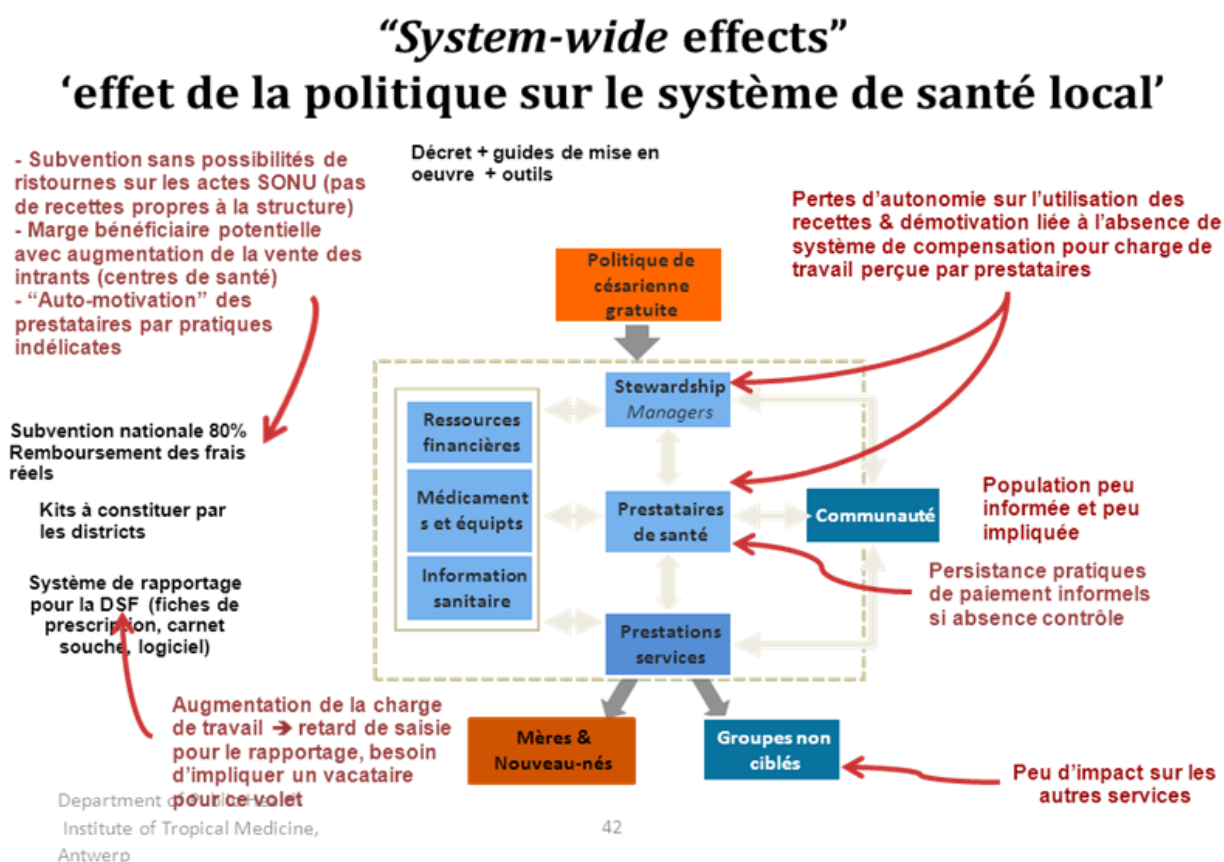
L'intérêt a porté sur l'importance des ressources humaines dans la manière d'appliquer la politique et les résultats obtenus en définissant le « *stewardship* » comme une fonction associant à la fois des facteurs individuels du steward (défense de l'intérêt public, motivation et compétences), organisationnels (management institutionnel) et contextuels (enjeux de gouvernance incluant le partage adéquat des rôles/responsabilités et la "redevabilité"). La politique a opéré des changements à deux niveaux dans le fonctionnement des structures des soins : d'une part, elle a permis une marge de manœuvre plus grande avec la disponibilité plus importante de ressources financières et de médicaments, ainsi que l'accès aux soins sans prépaiement des usagers ; d'autre part, elle a mis à jour des contraintes liées non pas à l'adhésion acquise des prestataires de soins mais aux conditions requises pour préserver la continuité et la qualité des prestations (disponibilité des intrants et mécanismes pour maintenir un engagement suffisant des acteurs, incluant une amélioration suggérée du mode de rémunération liés aux actes pris en compte dans la politique). Il en est ainsi de l'incidence négative (faible solvabilité des COGES au niveau CSPS) du retard dans les remboursements des frais qui résulte en fait d'une conjonction de facteurs parmi lesquels le retard dans la saisie des fiches de rapportage (certains centres de santé ont accusé un retard de plus d'un an !) et le passage du logiciel, non maîtrisé par le personnel de santé,

à une saisie en ligne. Ainsi, l'absence de ressources pour recruter un agent commis à la saisie des fiches fait partie aussi des contraintes qui influencent la lenteur du processus de remboursement et pas seulement les procédures des directions centrales (DSF, Ministère de l'Economie et des finances) chargées du suivi des dossiers.

Cette fonction de *stewardship* peut être appréciée à des degrés variés selon les sites avec deux variantes : un seul district a adopté quelques lignes directrices propres à la structure pour préserver l'intérêt des usagers avec un engagement exceptionnel successif de deux MCD et de l'ECD ; deux autres districts ont montré une vision de *stewardship* non partagée par l'ensemble de l'équipe (connaissances accrues des mécanismes de la subvention et faibles marges de manœuvre managériales à cause de tensions occasionnelles ou une prise de fonction récente).

Les principaux effets constatés sur le système de santé local sont résumés dans la figure 5 ci-après (synthèse des résultats clés dans les six sites d'enquête).

Figure 5 : Synthèse des effets de la politique sur le système de santé local



Ce schéma repose sur un cadre conceptuel avec une hypothèse principale qui est que l'axe central d'un système de santé local efficace est constitué de la fonction de « stewardship » (« leadership » et gouvernance), les ressources humaines et les prestations de service. Les médicaments, les équipements, les ressources financières et le système d'information sanitaire sont considérés comme des intrants dans cet axe central. L'ensemble du système de santé local est conçu comme une entité complexe dont les éléments sont liés les uns aux autres. Ainsi, les effets d'une politique sur un élément peuvent avoir des effets imprévus sur un autre.

Concrètement, la politique (subvention de 60 à 80% des actes pris en compte) est mise en place sous la conduite de l'équipe de direction (responsable institutionnel et ECD) orientée par les décrets officiels, les guides de mise en œuvre et les outils opérationnels. Les effets sont observés au moins à trois niveaux :

1. au niveau des changements opérés par la mise à disposition de ressources (finances, médicaments, autres intrants) en termes de flux financiers pouvant entraîner une réorganisation interne des activités. Selon les dispositions réglementaires, les financements reçus par les hôpitaux (CHR et CHU) dans le cadre de la politique ne peuvent être considérés comme des « recettes propres », d'où l'impossibilité de dégager des primes ou « ristournes » réclamés par les prestataires qui revendiquent une compensation de la charge de travail perçue comme ayant connu une augmentation. Cependant la vente de médicaments procure des bénéfices d'autant plus importants liés à l'augmentation de la fréquentation occasionnée par l'exemption partielle du paiement des soins.
2. au niveau des prestations persistent certaines pratiques non conformes (racket des malades, gestion frauduleuse des kits) et une insatisfaction des agents qui expriment une augmentation de la charge de travail liée au remplissage des supports de la subvention. L'instauration d'un système de compensation du surplus de travail est demandée par les prestataires de soins. L'expérience particulière de l'un des districts de l'étude montre l'importance de la vision impulsée par les leaders en faveur de l'intérêt public, avec une bonne gouvernance institutionnelle qui a connu un changement défavorable concernant le régime particulier d'exemption inférieur au taux de la subvention, avec l'arrivée d'un nouveau leader.
3. Au niveau des usagers des services de santé, il est établi que la population n'était pas bien informée et impliquée dans le déroulement des activités de la politique. Il ressort aussi que les effets sur les services et les groupes ciblés sont effectifs à la différence des services/groupes non ciblés.

Effets sur les résultats sanitaires

Effets sur la demande de services

La revue documentaire a permis d'accéder aux données EDS 1993, 1998-1999, 2003, 2010 et aux données des annuaires statistiques 1992, 1998, 2000 à 2011. La figure 6 montre une nette augmentation de la proportion des accouchements survenant après 2006, moment de la mise en place de la politique de subvention des accouchements et des SONU. La stratification en fonction du niveau de bien-être et de la zone de résidence (figures 7 et 8) permet de constater que l'augmentation concerne surtout les femmes du milieu rural et celles des ménages très pauvres ou moyennement pauvres.

Figure 6 : Tendances annuelles des accouchements dans les services de santé au Burkina

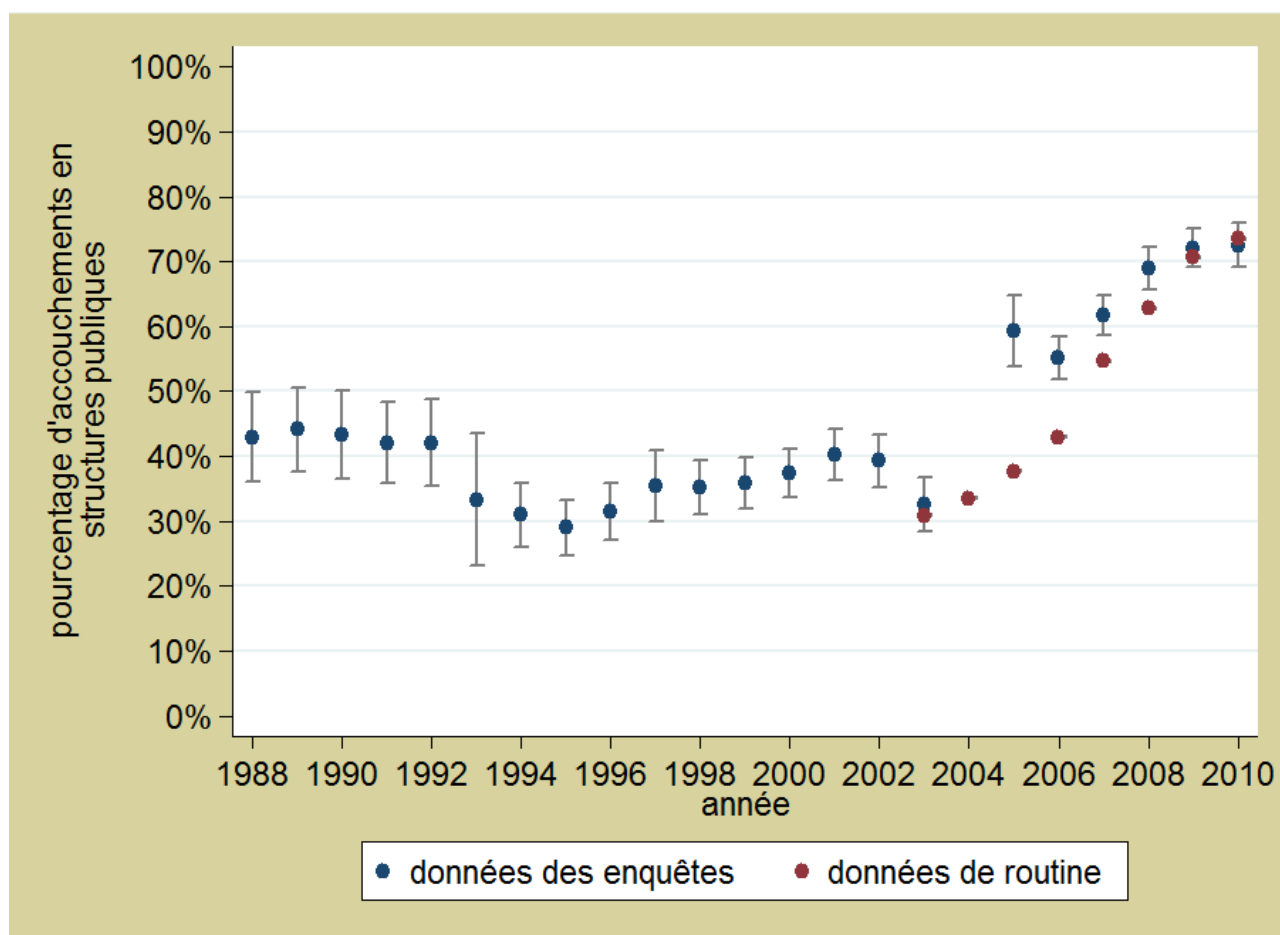


Figure 7 : Tendances annuelles des accouchements dans les services de santé au Burkina, stratifiées par niveau de bien-être économique

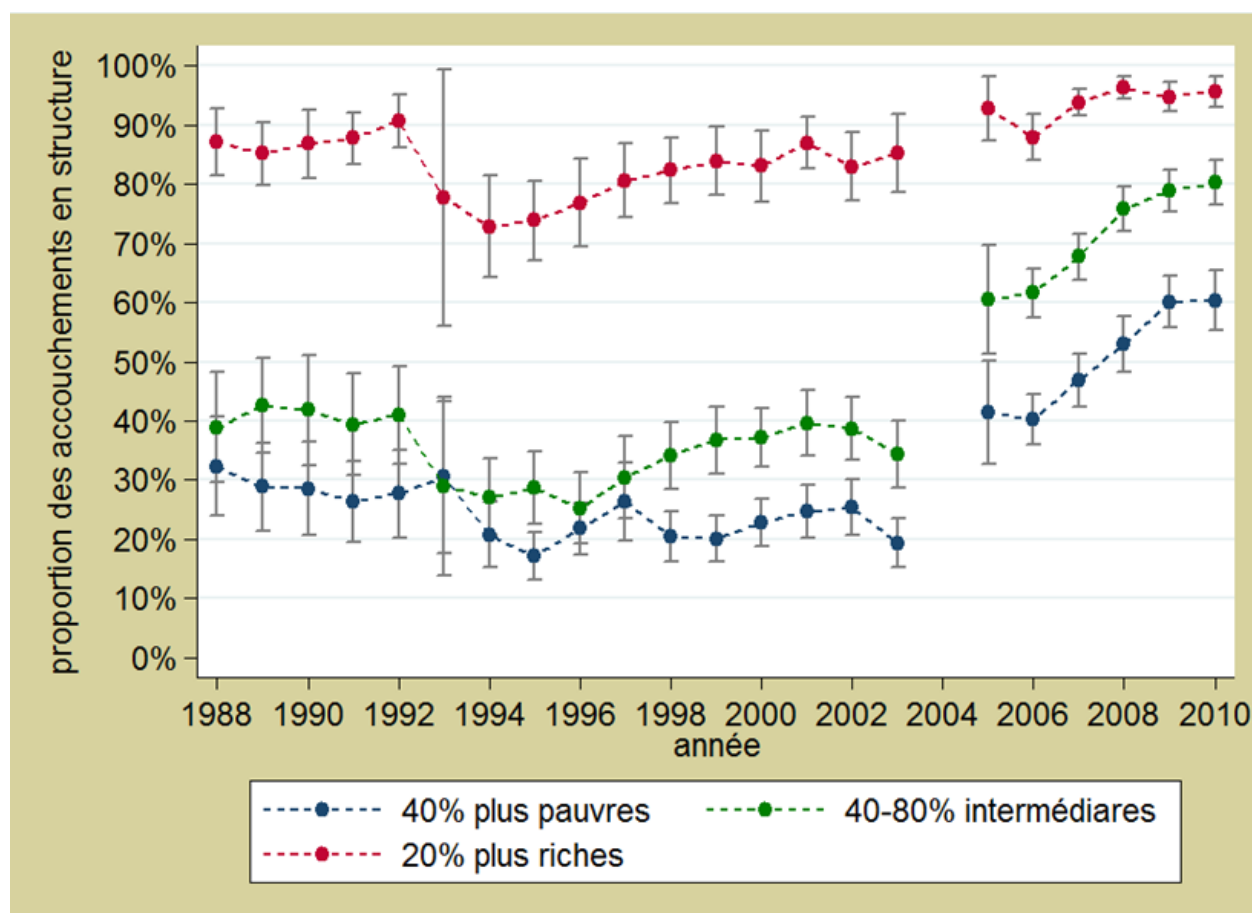
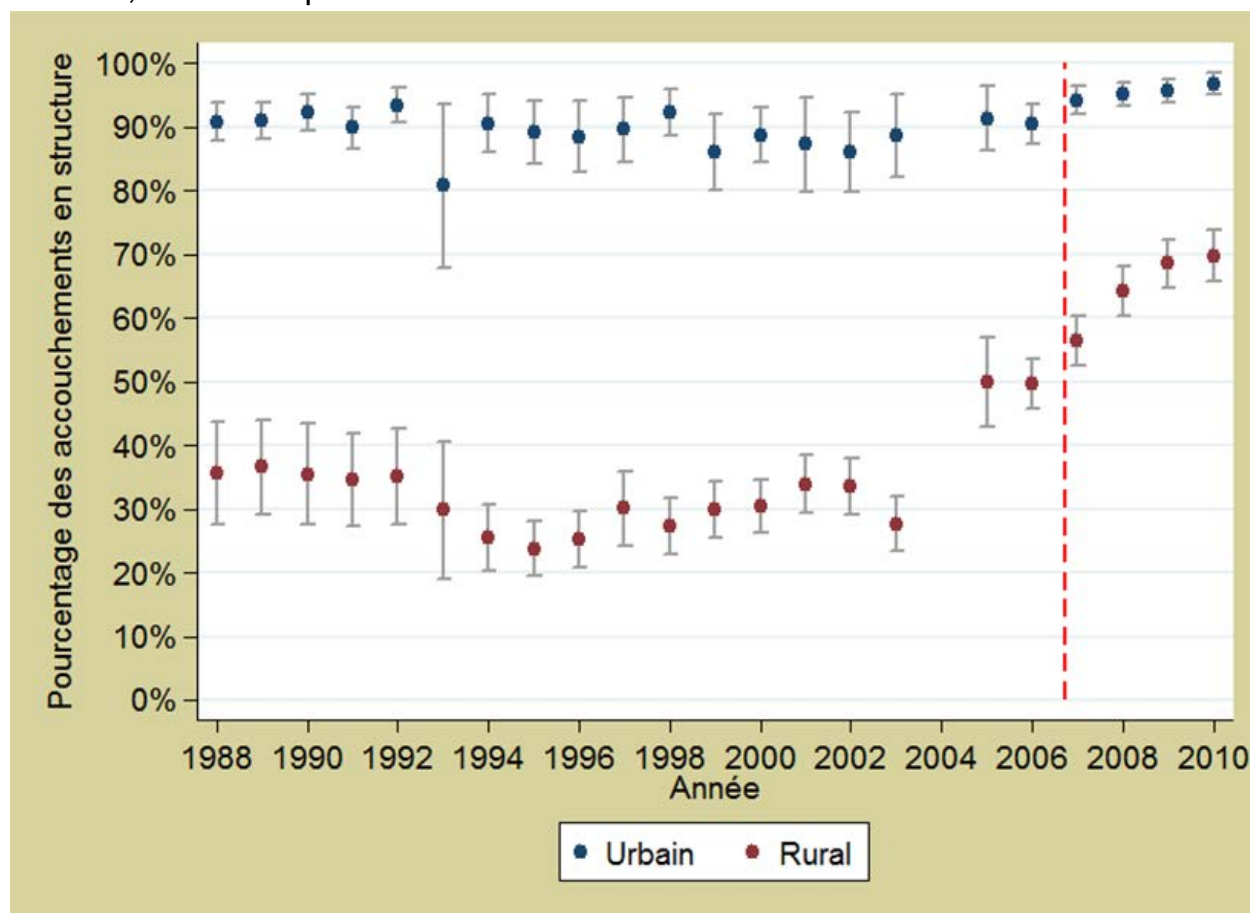


Figure 8 : Tendances annuelles des accouchements dans les services de santé au Burkina, stratifiées par zone de résidence



L'impact de la politique sur les césariennes est beaucoup moins net que celui sur les accouchements (figure 9). Toutefois, lorsqu'on stratifie en fonction du niveau de bien-être économique, on observe qu'il y a une augmentation des accouchements par césarienne chez les plus riches et beaucoup moins chez les pauvres (figure 10). Cependant, l'augmentation du niveau des césariennes semble avoir commencé avant la mise en place de la politique (à partir de 2006) et par conséquent pourrait être due à l'effet d'une initiative antérieure, notamment la stratégie d'opérationnalisation des hôpitaux de première référence (CMA).

Figure 9 : Tendances annuelles des accouchements par césarienne dans les services de santé au Burkina

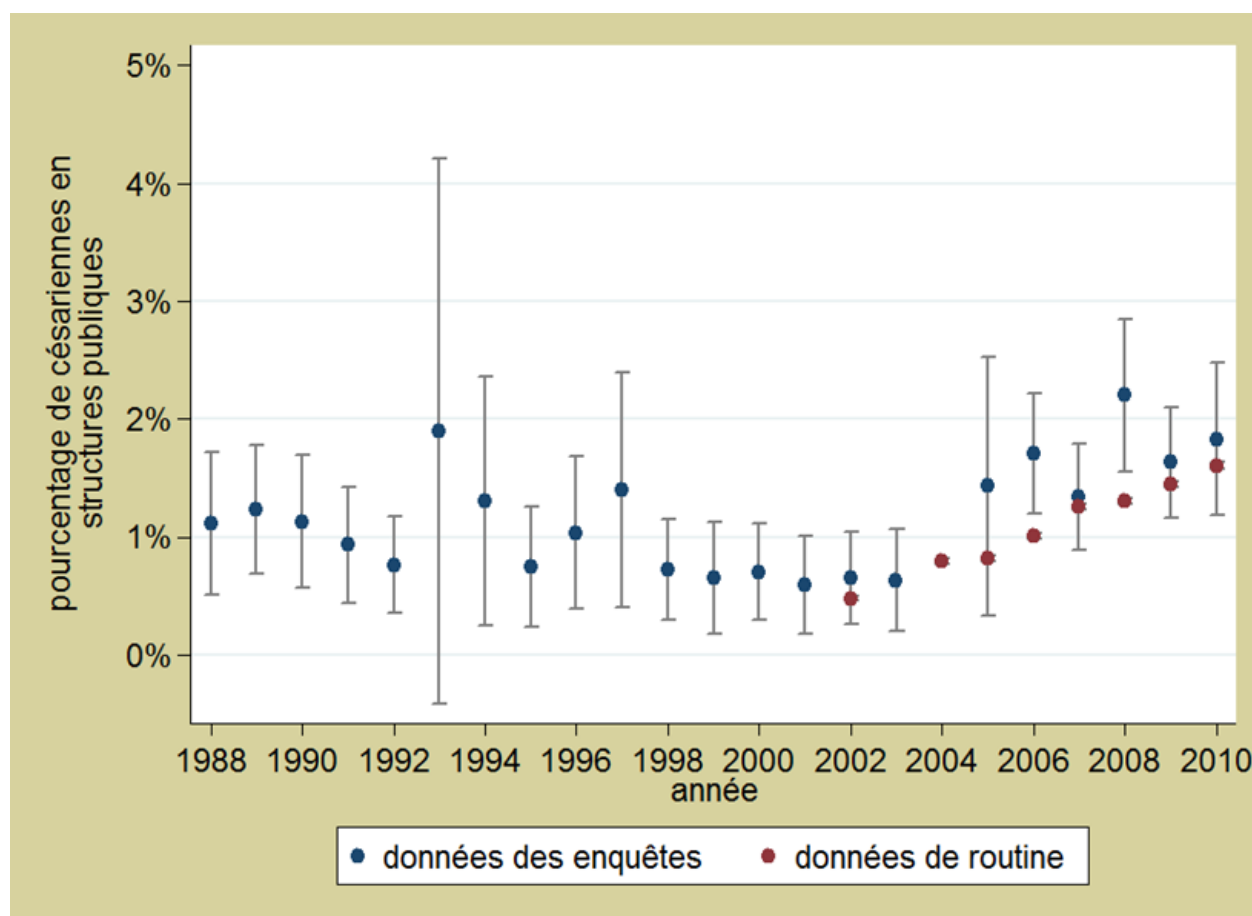
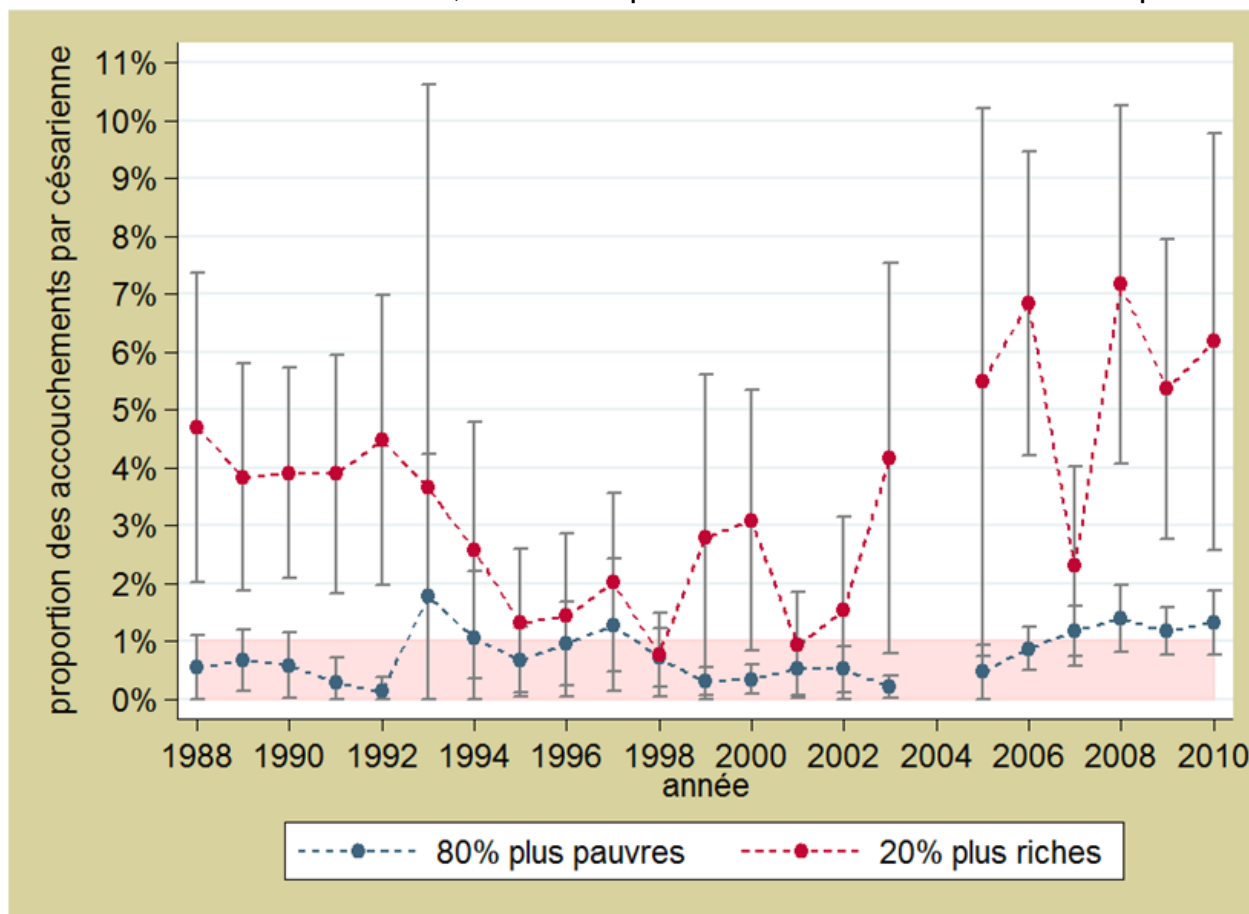


Figure 10 : Tendances annuelles des accouchements par césarienne dans les services de santé au Burkina, stratifiées par niveau de bien-être économique



En conclusion, depuis la mise en œuvre de la politique de subvention des accouchements et des SONU les données de routine indiquent que les accouchements dans les services de santé ont connu un accroissement important, surtout en milieu rural et chez les femmes des ménages pauvres. Une légère augmentation des césariennes a également été observée beaucoup plus chez les femmes des ménages riches que chez celles des ménages pauvres ; toutefois, d'autres facteurs semblent avoir également interagi dans cette augmentation.

Effets sur le groupe cible

Concernant le paiement des frais, les taux prévus pour les actes éligibles dans les documents officiels de la subvention (manuel d'exécution, manuel de procédures) sont appliqués en principe dans les différentes structures selon les tarifs correspondant à la formulation de la politique (entre 60 et 80% de subvention selon les actes et le type de structure selon l'organisation pyramidale du système de santé). Cependant, il a été rapporté : d'une part, des dysfonctionnements liés aux contraintes institutionnelles; d'autre part, des pratiques non conformes de certains agents indécents. Dans le premier cas, il s'agit des conséquences de la non disponibilité d'un personnel qualifié, de l'absence d'un équipement adéquat ou de ruptures d'intrants de nature à perturber l'offre de prestations liées à la mise en œuvre de la politique (voir le score de disponibilité au tableau 8). Dans ce cas, les usagers n'ont pas accès aux soins exemptés et doivent s'adresser à des structures extérieures, hors circuit de la subvention nationale pour avoir les prestations (cas des examens complémentaires et des médicaments non disponibles en cas de rupture dans la pharmacie de la structure prestataire). Dans le deuxième cas, certains prestataires peu scrupuleux en milieu hospitalier surtout abusent de l'insuffisance d'information des usagers sur la politique pour faire payer les actes au coût réel ou constituer des stocks de médicaments par des ordonnances fictives pour les revendre illicitement par la suite aux usagers non sensibilisés :

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

Le deuxième effet notoire concerne l'augmentation sensible de la fréquentation des structures de santé qui est exprimée partout, avec des proportions variables selon les sites et les établissements de soins. La subvention est unanimement appréciée comme permettant un meilleur accès aux soins, notamment des plus pauvres, et les éléments suivants rendent compte de cette situation favorable confirmée par les faits : il s'agit principalement de la prise en charge sans prépaiement et de la disponibilité des médicaments d'urgence qui ont contribué à une diminution du délai de prise en charge, d'où une meilleure qualité de prestation. Les effets pervers relevés portent surtout sur les difficultés liées au transport au point de service. En effet, la plupart des districts n'ont pas assez d'ambulances ou pas en bon état fonctionnel si bien que les évacuations sont assez souvent laissées aux soins des familles ou exceptionnellement, dans le site de Banfora, aux sapeurs-pompiers, alors que le transport pour les urgences est normalement pris en charge par la structure d'accueil dont la dépense en carburant est remboursée :

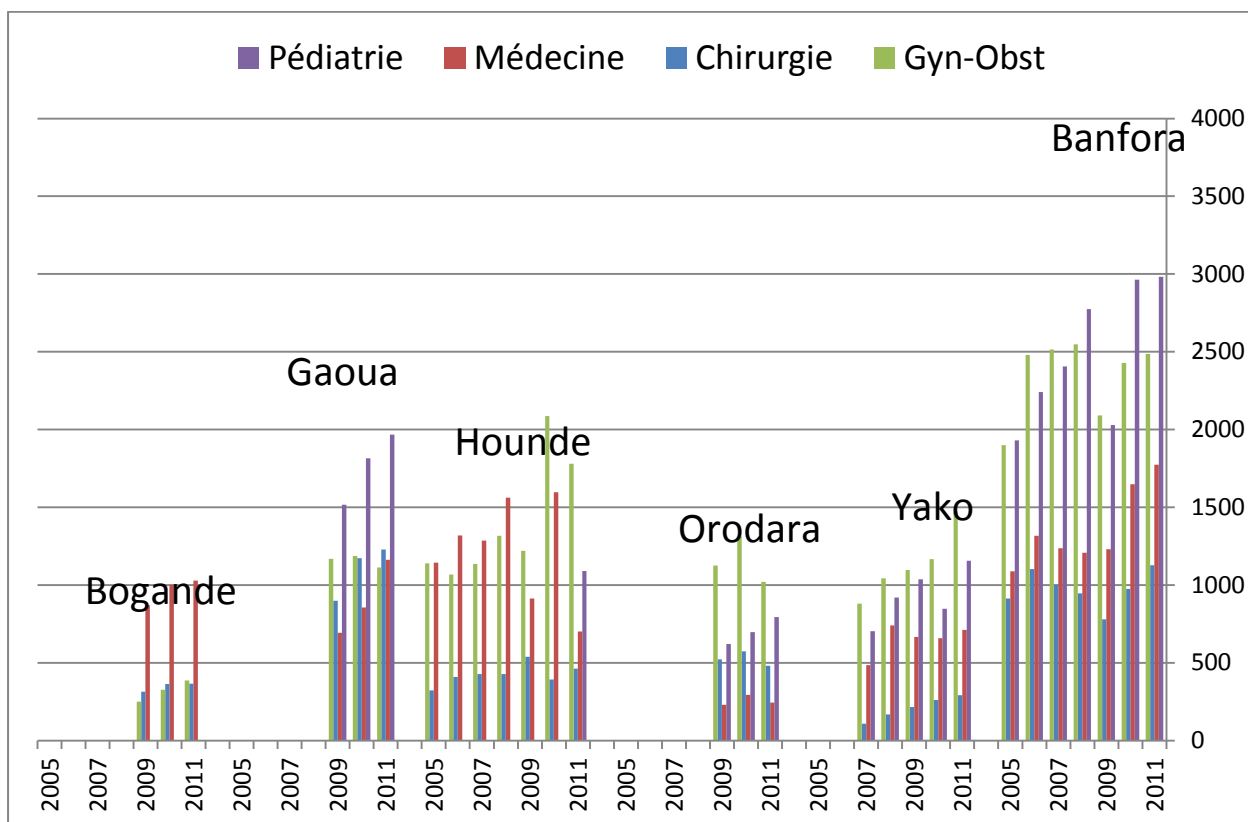
« ... tout tourne autour des moyens de transport pour la mise en œuvre des SONU parce que la dame, si on déclare qu'il y a des complications, il faut l'amener au CMA. S'il n'y a pas une ambulance fonctionnelle, ça pose un problème ! Le temps qu'on l'emmène, il y aura un

retard ; et les conditions pour l'emmener ? Ce qu'on peut déplorer c'est nos voies : à certains niveaux, le chauffeur peut témoigner, il faut arrêter de l'autre côté on va traverser avec les difficultés le rejoindre. C'est ça qui fait la difficulté. Deuxième aspect : le district est un peu vaste. » (Gestionnaire, D5).

Effets sur les autres services non ciblés

Il est ressorti que la subvention a eu très peu d'effets significatifs sur les services non ciblés. Le principal service non concerné par l'application de la politique est la médecine où le personnel n'intervient pas directement dans la prise en charge des cas éligibles. Malgré l'absence de données avant le début de la mise en place de la politique en 2006 pour la plupart des sites, à l'exception du district de Banfora (données de 2005 rapportées), la figure 11 ci-dessous montre qu'il n'y a pas eu de répercussion sensible des activités de la subvention en santé maternelle sur le service de médecine. Les tendances observées d'une année à l'autre sont liées aux éléments de contexte de chaque site (cas d'une baisse des prestations à Banfora liée à une tension managériale avec une indisponibilité du gynécologue, mais sans effet manifeste sur les activités du service de médecine).

Figure 11 : Les admissions par service, de 2005 à 2011



Certains effets pervers ont été constatés au niveau de la non implication des prestataires non concernés par la mise en œuvre dans des cadres de concertation informels (cas des « comités SONU »).

« Je pense que d'une manière générale les gens sont contents que les soins ne coûtent que 3600 pour prendre en charge l'enfant. Par contre de mon côté, je déplore le manque de concertation avec les principaux services et agents concernés. Notre service est exclu des discussions. » (Prestataire de soins, D5)

Par ailleurs, il a été évoqué le fait que certains agents sont amenés à passer de la médecine à la maternité, ou des patientes de la maternité à la médecine en cas de besoin ou pour investigations complémentaires, d'où une incidence négative sur le fonctionnement du service.

« ... au CMA, il y a une réorganisation des ressources humaines surtout concernant les médecins. Le personnel n'est pas suffisant ; les médecins que nous avons dans notre service, c'est eux aussi qui suivent les hospitalisées au niveau de la suite de couches maternité. Parfois il leur arrive de laisser des maladies pour aller s'occuper d'autres à la maternité. Cela peut créer des problèmes à notre niveau car les malades peuvent connaître un retard de prise en charge. Si nous pouvons avoir d'autres médecins qui s'occuperont uniquement des malades ici, ce serait mieux. » (Responsable d'un service non ciblé, D5)

En revanche, au niveau institutionnel, certaines retombées profitent à l'ensemble des acteurs au niveau hospitalier à deux niveaux : premièrement, l'approvisionnement amélioré en intrants pour la subvention rejaille favorablement sur celui des autres intrants soumis aux mêmes procédures administratives et financières ; deuxièmement, les ristournes pour tout le personnel des hôpitaux sont plus importantes avec l'augmentation de la fréquentation liée à la subvention des soins de santé maternelle et néonatale.

Effets sur la qualité des soins

Pour l'évaluation de l'impact sur l'utilisation des services et la qualité des soins, au total 1752 mères et 182 bébés ont été recrutés au cours des six mois qu'a duré la phase de collecte des données. Les cas de *near-miss* représentaient 26% des mères recrutées dont près de 40% provenaient du district de Banfora. La grande majorité (75%) des *near-miss* maternelles a été référée d'un autre établissement de santé. Les CHR de Banfora et Gaoua, les deux hôpitaux de deuxième niveau parmi ceux de l'étude, contribuaient pour 78,6% des cas de décès maternels. Cela pourrait être inhérent au fait que les femmes y sont reçues tardivement. Dans ce cas, le circuit normal des femmes dans la pyramide sanitaire (CSPS → CMA → CHR) pourrait constituer facteur de retard.

A partir de 7 indicateurs cliniques clés dans la prise en charge et la surveillance des mères et des nouveaux-nés, il a été établi un score d'omission qui s'il est faible indique une bonne qualité de prise en charge et lorsqu'il est élevé traduit une mauvaise qualité de prise en charge (détail de la définition donné en Annexe 2). Par ailleurs, à partir des montants des dépenses éligibles à la subvention supportées par les ménages un autre score appelé « score de mise en œuvre » a été déterminé pour les accouchements vaginaux et les césariennes. Pour le score de mise en œuvre les faibles valeurs indiquent que les montants supportés par les ménages sont plus proches des tarifs officiels tandis que les valeurs élevées indiquent que les ménages ont déboursé des montants plus élevés par rapport aux tarifs de la politique de subvention. L'examen des scores d'omission pour les accouchements (tableau 11) montre que pour l'accouchement vaginal les valeurs sont plus élevées à Bogandé, Gaoua et Banfora, tandis que pour la césarienne c'est à Bogandé et Yako que les plus grands scores ont été observés. Pour la prise en charge du nouveau-né, c'est Orodara et Gaoua qui présentaient les scores les plus élevés. Parallèlement à ces scores d'omission, l'on constate que le score de mise en œuvre moyen, déterminé dans le cadre de l'outil sur les entretiens de sortie, est également plus élevé à Bogandé, Banfora et Gaoua.

Le CMA de Bogandé et le CHR de Gaoua qui ont présenté les scores d'omission les plus élevés pour l'accouchement vaginal sont également les hôpitaux où les proportions de réadmission pour rétention placentaire parmi les femmes ayant accouché par voie vaginale sont les plus élevées (tableau 12). Les taux de létalité parmi les *near-miss* maternelles étaient également les plus élevés.

Tableau11 : Indicateurs de qualité de soins chez la mère et le nouveau-né (score d'omission)

Score d'omission	Service de santé	PA4		PA2
		Score d'omission moyen	Score d'omission médian	Score de mise en œuvre
Accouchement vaginal	CMA Houndé	0.41	0	2
	CMA Orodara	1.65	1	1
	CHR Banfora	3.02	3	5
	CHR Gaoua	3.09	5	4
	CMA Yako	2.22	2	3
	CMA Bogandé	3.33	4	6
Césarienne	CMA Houndé	1.51	1	2
	CMA Orodara	2.02	2	1
	CHR Banfora	2.73	3	3
	CHR Gaoua	2.93	3	4
	CMA Yako	3.61	4	6
	CMA Bogandé	4.07	4	5
Soins au nouveau-né	CMA Houndé	1.06	0	-
	CMA Orodara	3.37	4	-
	CHR Banfora	2.37	2	-
	CHR Gaoua	2.87	4	-
	CMA Yako	2.67	4	-
	CMA Bogandé	2.24	2	-

Tableau12 : Autres indicateurs de qualité de soins chez la mère
N=407

	Réadmission en salle d'accouchement	Taux de létalité (%)
CMA de Houndé	0	0
CMA de Orodara	0.91	1.28
CHR de Banfora	2.67	4.92
CHR de Gaoua	10.53	10.14
CMA de Yako	3.70	1.61
CMA de Bogandé	11.54	6.45

Concernant les césariennes et laparotomies, les structures de santé où l'on note les plus grandes proportions de patientes avec au moins une morbidité ou incident grave pendant ou après l'acte chirurgical, étaient : le CMA de Yako (25,8%), le CMA de Bogandé (25%), le CHR de Gaoua (21,8%).

Dans leur très grande majorité, les répondants ont dans l'ensemble rapporté leur satisfaction, notamment pour le temps d'attente, la qualité du traitement reçu, le coût des soins, la disponibilité des médicaments. Cependant à Banfora on note une insatisfaction non négligeable pour le coût (5%) et la disponibilité des médicaments (23%), corroborant le fait que ce district avec celui de Bogandé étaient ceux dans lesquels les montants supportés par les patientes présentaient les écarts médians les plus élevés avec les tarifs théoriques arrêtés par la politique. Pourtant cette structure de santé fait partie des trois (sur les six) qui avaient un bon score de disponibilité, c'est à dire ayant connu peu de ruptures en médicaments. Par conséquent, de mauvaises pratiques obligeant les familles à acheter les médicaments en dehors de l'hôpital pourraient donc être à l'origine de cette insatisfaction. D'autre part, de l'insatisfaction a également été rapportée en rapport avec la propreté des locaux (9%), principalement à Orodara (20%) et Gaoua (13%). Dans l'ensemble, les répondants avaient une bonne appréciation du service de santé et pratiquement tous le recommanderaient. Si dans la plupart des sites des explications étaient données sur pourquoi il fallait faire une césarienne (68% à Houndé et plus de 80% à Banfora, Gaoua, Orodara et Yako) et, dans une moindre mesure, pourquoi l'accouchement avait été compliqué, à Bogandé par contre c'est à peine dans 25% des cas que des explications avaient été fournies.

En conclusion, la qualité des soins variait d'un hôpital à un autre et, malheureusement, ne semblait pas augmenter avec le niveau de soins (la qualité des soins n'était pas nécessairement meilleure dans un CHR que dans un CMA). Ce qui est inquiétant, étant donné que les coûts des services sont beaucoup plus élevés aux niveaux supérieurs (en moyenne 18765 FCFA dans les CHR 12710 FCFA dans les CMA). L'absence de données similaires avant la mise en œuvre de la politique ne permet pas d'apprécier un possible effet de la politique sur la qualité des soins. Toutefois, les hôpitaux où les montants supportés par les ménages étaient les plus faibles (donc plus proches des tarifs visés par la politique) sont ceux où les scores d'omission étaient les plus faibles et vice versa. Par ailleurs, les hôpitaux avec un score d'omission élevé avaient une fréquence élevée de réadmission en salle d'accouchement pour rétention placentaire et avaient un taux de létalité élevé parmi les femmes avec complication obstétricale grave. On peut conclure que les structures de santé qui mettent en œuvre plus systématiquement la politique ne souffrent pas du point de vue qualité. Cela laisse penser que soit la politique favorise la qualité des soins ou que les gestionnaires qui sont capables de bien gérer la politique sont aussi capables de fournir des services de meilleure qualité, ou les deux hypothèses.

Impacts sur les ménages

La connaissance de l'existence de la politique de subvention des accouchements et des SONU était variable selon les districts. A Banfora, Bogandé et Yako respectivement 65,9%, 69,1% et 83,8% des répondants ont rapporté être au courant tandis que dans les 3 autres districts seulement de 20,5% à 37,6% ont fait état du fait qu'ils étaient informés.

Le tableau 13 donne les coûts moyens supportés par les ménages, par type d'accouchement et par hôpital, en comparaison aux tarifs fixés par la politique et au coût moyen supporté avant la politique. Avec une moyenne globale de 13 107 payée par femme (excluant les dépenses effectuées en dehors des services de santé), le montant actuellement supporté par les ménages pour un accouchement est bien inférieur à ce qui avait été rapporté bien avant la mise en place de la politique (Ilboudo et al, 2013). La politique a donc permis d'alléger cette barrière financière pour l'accès à des soins d'accouchement et les initiatives locales de réduction des coûts comme les systèmes de partage des coûts contribuent à réduire davantage le montant supporté par les ménages, mais beaucoup moins à Bogandé. Toutefois, la moyenne des dépenses supportées par les ménages reste encore élevée par rapport aux montants théoriques estimés dans la stratégie de la politique.

Tableau 13 : Coûts moyens supportés par les ménages, par type d'accouchement et par structure de santé, comparés aux tarifs fixés par la politique et au coût moyen supporté avant la politique

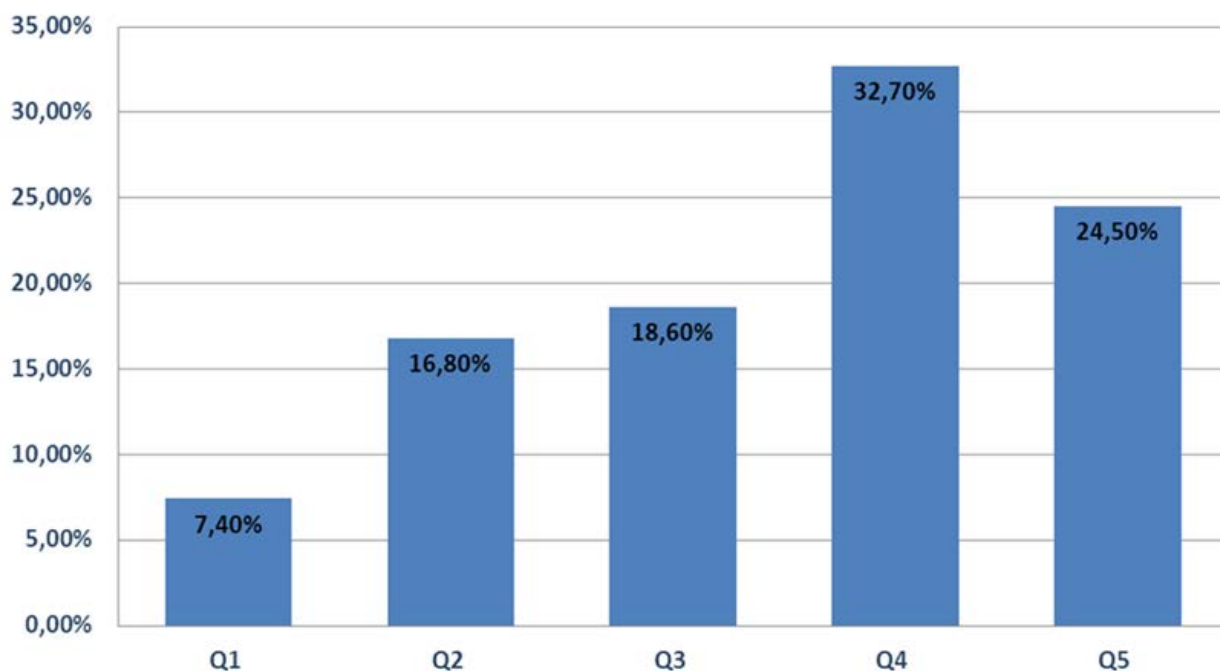
Hôpital	Montant supporté par les ménages estimé par la politique			Montant réellement supporté par les ménages			Coût moyen par accouchement avant 2006	Coût moyen par accouchement après 2006	
	A normal	Césarienne	A compliqué	A normal	Césarienne	A compliqué			
Bogandé	900	11000	3600	6811	22834	5615	27245	12133	
Houndé				-	21824	7181		14481	
Orodara				2202	12870	4221		8582	
Yako				2297	16101	6093		9260	
Banfora				1800	9570	19974		11506	17623
Gaoua					8130	20418		10683	15221
CSPS	900	—	—	2315	—	—	4329	2315	

Dans leur quête de soins, en moyenne 40% des femmes ont déclaré avoir passé beaucoup de temps en cours de route. Bien que des raisons économiques aient été avancées pour justifier le fait que certaines femmes aient tardé dans leur

processus de recherche de soins, la principale raison (72 à 99%) était le fait d'être passé par un autre service de santé. Cela corrobore l'hypothèse formulée ci-dessus dans la section sur la qualité des services que le système pyramidal pourrait être cause de retard dans la quête de soins. Seulement 2.2% des femmes bénéficiaient d'un système d'assurance maladie (mutuelles de santé) dont la grande majorité (77%) provenait des districts de Orodara (6.6%) et Houndé (3%). A Banfora et Yako, respectivement 19% et 11% des répondants ont déclaré être incapables de supporter les dépenses pour l'accouchement. Dans les autres sites c'est seulement 3% ou moins (0% à Orodara) qui ont rapporté cette incapacité à payer. L'incapacité à payer était plus élevée dans les 1er et 2ème quintiles de bien-être économique, respectivement 12 et 10 %, comparé aux 4^{ème} et 5^{ème} quintiles où elle était de 4 et 6%. Face à l'incapacité à payer, les ménages avaient souvent recours à l'emprunt. Des aides reçues de la famille ou d'amis leur ont également permis d'y faire face. En moyenne dans 66% (variant de 53% à Banfora à 89% à Bogandé) c'est le conjoint qui a supporté les frais d'accouchement. Dans environ 20% des cas c'est un autre membre de la famille qui a supporté les dépenses. Dans de rares cas c'est la femme qui a assuré les dépenses de son accouchement. Toutefois, c'est à Gaoua (district d'où provenaient 37% des ménages du 1er quintile de bien-être) que la proportion des femmes ayant pris en charge les dépenses de leur accouchement est la plus élevée. Dans de rares cas, les femmes ont dû partir tôt de l'hôpital pour raison de coût (1,4%) et c'est à Gaoua que la proportion était la plus élevée (4,6%).

En dépit du fait que des femmes ont exprimé certaines difficultés financières pour l'accès aux soins et même que quelques-unes ont dû s'évader ou sortir tôt du service de santé pour raison économique, aucune femme n'a rapporté avoir bénéficié d'une exemption totale du paiement des frais.

Figure 12 : Distribution de l'échantillon en fonction des quintiles de bien-être économique



Deux tiers (63%) des femmes qui ont fait l'objet de l'enquête en communauté résidaient en zone rurale (distribution tout à fait comparable à celle rapportée pour l'échantillon de l'EDS 2010) mais 57,2% de l'échantillon est composé de ménages classés dans les deux quintiles avec indice de bien-être élevés (4 et 5), contre seulement 24,2% dans les quintiles des ménages défavorisés (1 et 2) (figure 12). Cela laisse comprendre que ce sont les femmes des ménages riches en milieu rural qui parviennent à remonter la pyramide sanitaire à la recherche de soins qualifiés. D'avantage d'informations peuvent être obtenues sur l'impact de la politique sur les ménages en se référant au rapport sur l'outil sur les entretiens de sortie (Ganaba et al, 2013).

En conclusion, comparé à des études réalisées peu avant la mise en place de la politique de subvention des accouchements et des SONU, il est indéniable que les montants supportés par les ménages ont beaucoup baissé. Cependant, les montants payés dans les services de santé, principalement dans les hôpitaux, sont nettement au-dessus des tarifs fixés par la politique et des ménages continuent d'éprouver des difficultés à prendre en charge les coûts liés à l'accouchement. Nulle part il n'a été rapporté qu'un ménage a profité de la disposition de la politique pour les indigents. Apparemment ce sont encore les femmes des ménages moins pauvres qui parviennent à remonter la pyramide sanitaire à la recherche de soins plus qualifiés. Par conséquent, les inégalités ont diminué, mais l'accessibilité demeure inéquitable. Il semble donc subsister une certaine barrière. Pour atteindre

pleinement les objectifs de la politique, il s'avère très important qu'un accent particulier soit mis sur le problème des couches les plus vulnérables, notamment l'opérationnalisation du volet indigent de la politique de subvention des accouchements et des SONU.

Facteurs explicatifs

Perceptions des professionnels de santé (gestionnaires des services de santé, prestataires de soins) au sujet des défis liés au changement de politique

L'utilité et la pertinence de la politique sont unanimement exprimées par tous les acteurs qui mettent en avant les effets attendus et confirmés par une utilisation plus importante des services subventionnés. Les défis liés au changement de politique portent sur deux aspects souvent mentionnés : d'une part, ce qui est conçu par les prestataires de soins comme une augmentation jugée importante de la charge de travail liée aux activités de la politique et la réclamation d'une compensation financière de leur effort supplémentaire qualifiée de « motivation » ; d'autre part, l'importance d'avoir un cadre de concertation ouvert aux services ciblés et non ciblés (cas de la pédiatrie peu impliquée au départ et des autres services) car la subvention s'inscrit dans une durée de dix ans initialement planifiée (2006-2015) mais qui risque de se prolonger à cause des résultats insuffisants ou pour un souci de pérennité, d'où une évolution vers un travail de routine et non plus une intervention ponctuelle.

Mécanismes qui expliquent l'adoption et la mise en œuvre de cette politique au niveau opérationnel

En comparant ce qui était prévu et ce qui est appliqué il apparaît, selon les appréciations de plusieurs acteurs, que les lignes directrices officielles de la politique ne sont pas toujours claires et influencent négativement la mise en œuvre (cas de l'éligibilité pour des pathologies associées ou de la définition précise de certains actes). L'adoption de la politique par le système de santé local a été faite avec des modifications positives et négatives. L'adaptation positive est relative aux dispositions prises dans tous les districts pour mieux contrôler l'utilisation des médicaments par les prestataires de soins après diverses pratiques non conformes. Il y a aussi le préfinancement, surtout au niveau CSPS, des coûts des médicaments pour maintenir la permanence de l'offre de services face aux retards dans les procédures de remboursement. L'adaptation négative porte sur les pratiques non conformes (détournement avéré par des acteurs à des fins

personnelles de modalités de mise en œuvre de la politique comme la gestion peu transparente des kits, la prescription sans pathologies réelles et la vente aux usagers des médicaments soutirés des reliquats).

Le district de Bogandé a le meilleur score de disponibilité des services mais fait pourtant partie des structures les moins fonctionnelles comme l'ont montré les entretiens avec le personnel et l'observation des conditions de l'offre de services qui ont révélé une fragilité institutionnelle due à la mobilité des MCD et des tensions managériales liées à l'application décriée par certains prestataires de soins des directives de la subvention :

« ... C'est eux (parlant de l'Equipe Cadre de District) qui sont un frein parce que l'information ne circule pas. Ils vont débattre d'un problème par rapport à la subvention mais ne font pas un feedback. Donc généralement, on sent que le pont est cassé entre nous. On n'a pas toutes les informations ; généralement lorsqu'il y a un besoin d'information utile à leur niveau ils viennent prendre des informations à notre niveau. Sinon ils vont discuter de tout, surtout au niveau de la subvention SONU... ici c'est flou ; c'est flou parce qu'il y a une confusion entre ça et ça, ce qui fait que l'information ne circule pas... » (prestataire de soins, D2)

Ces éléments confirment le postulat selon lequel en dehors de la disponibilité des ressources financières et matérielles la fonction de stewardship a une grande influence sur le bon fonctionnement et l'efficacité du système de santé local.

Le score de disponibilité réelle après soustraction des points perdus pour fermeture du bloc opératoire et rupture d'intrants est plus proche de la réalité mais doit être apprécié en fonction d'autres éléments de contexte. C'est le cas par exemple du changement de site pour le CHR de Banfora et d'autres aléas locaux ou des difficultés managériales à Bogandé liées à la forte mobilité des MCD et l'expérience mitigée d'une initiative antérieure de partages des coûts difficilement intégrée à la subvention SONU. Ainsi même un hôpital qui ne connaît pas de rupture de stock peut avoir des problèmes managériaux qui font que le personnel n'applique pas la politique et que les femmes ne bénéficient pas du paquet. Ce score de disponibilité permet d'expliquer pourquoi dans certains sites les femmes n'ont pas pu bénéficier du paquet prévu par la politique (recours à la pharmacie privée si rupture de stock) et inversement si un site qui a théoriquement tous les services disponibles n'est pas capable de fournir le paquet de soins, il faudra explorer des blocages éventuels au niveau des prestataires ou de l'équipe cadre

Discussion

Aussi bien l'analyse des données de routine que celles des enquêtes EDS ont montré une augmentation sensible de la proportion des accouchements dans les services de santé à partir de 2007. L'augmentation des accouchements dans les services de santé est plus remarquable pour les populations rurales et défavorisées. Il y a une forte présomption que ce résultat découle de l'impact de la politique de subvention des accouchements et des SONU. Pour les césariennes une augmentation a également été observée mais elle a commencé avant la mise en place de la politique. Les femmes issues des ménages plus nantis semblent tirer un meilleur avantage des accouchements par césarienne. Des enquêtes ménages réalisées dans le district de Nouna ont également conclu à une augmentation des accouchements dans les services de santé suite à la mise en œuvre de la politique de subvention (De Allegriet al, 2012).

En dépit de l'augmentation des accouchements, la charge de travail reste supportable, même si d'après les déclarations des agents de santé elle se serait accrue. Si le remplissage des supports de gestion constitue une charge pour tous les prestataires, la situation diffère d'une structure à l'autre concernant la charge de travail relative aux prestations liées à la mise en œuvre de la politique. Par conséquent, il s'agit bien plus souvent de l'expression d'une surcharge perçue et non pas réellement vécue. Les entretiens réalisés nous ont alors amené à nuancer les perceptions de la charge de travail qui semblent beaucoup plus liées à la recherche d'une compensation financière. Selon des travaux antérieurs (Koanda et al, 2012), la subvention des accouchements et SONU a entraîné une hausse des activités des centres de santé mais cela ne représente pas une surcharge réelle rapportée à l'ensemble du personnel disponible.

Comparé à ce qui est rapporté dans des études réalisées avant 2007, les montants supportés par les ménages pour la prise en charge des accouchements ont beaucoup baissé. Toutefois, les coûts encore supportés par les ménages sont nettement au-dessus des tarifs fixés par la politique. Même avec les initiatives locales de réduction des coûts, les montants payés par les ménages restent toujours élevés par rapport au niveau attendu. De Allegri et al (2012) avait également montré que la moyenne des montants payés pour les accouchements dans les centres de santé était supérieure d'environ 500 FCFA au montant théorique de 900 FCFA estimé par la politique. Par ailleurs, le fait que la majorité (63%) de l'échantillon de cette étude provienne du milieu rural alors que sa distribution en quintile de bien-être économique indique que plus de la moitié (57%) des ménages des femmes sont dans les deux quintiles les plus riches laisse comprendre que du milieu rural ce sont les femmes des ménages plus nantis qui

parviennent à remonter la pyramide sanitaire à la recherche de soins qualifiés. Dans ce contexte de la mise en œuvre de la politique, la part encore supportée par les ménages semble encore constituer un obstacle aux soins pour les ménages très pauvres. Pourtant, nulle part il n'a été rapporté qu'un ménage a profité de la disposition de la politique pour les indigents vraisemblablement à cause de l'absence de critères officiels pour sélectionner les indigents Ridde et al (2013), Yaogo et al. (2012), Katerini et al, (2008) avaient montré en quoi le paiement des soins de santé maternelle pouvait constituer un poids financier pour les ménages et comment ceux-ci pouvaient traîner l'impact économique sur le long terme.

La qualité des soins était variable d'un hôpital à un autre et ne semblait pas augmenter avec le niveau de soins. L'absence de données similaires avant la mise en œuvre de la politique ne permet pas d'avoir une évidence d'un possible effet de la politique sur la qualité des soins. Toutefois, partant de l'hypothèse que l'augmentation de la demande de service pourrait entraîner une baisse de la qualité des soins, l'on s'attendrait à ce que les hôpitaux qui ont reçu plus de femmes aient les plus faibles indicateurs de qualité. Notre étude a montré, d'une part, d'après les estimations faites à partir des déclarations des agents de santé et des données des hôpitaux que la charge de travail est encore acceptable ; d'autre part, que la qualité des soins était meilleure dans les hôpitaux qui appliquaient au mieux la politique. Par conséquent, conséquent l'on peut spéculer que la politique de subvention n'a pas pu occasionner une baisse de la qualité des soins. Une étude récemment conduite dans huit centres de santé de deux districts a même montré que l'effectif du personnel de santé était supérieur ou égal à l'effectif requis pour la prise en charge des femmes (Antarou et al, 2013).

D'après les appréciations de plusieurs acteurs, il apparaît que les lignes directrices officielles de la politique ne sont pas toujours claires et influencent négativement la mise en œuvre (cas de l'éligibilité pour des pathologies associées ou de la définition précise de certains actes). L'adoption de la politique par le système de santé local a donc été faite avec des modifications positives et négatives. L'adaptation positive est relative aux dispositions prises dans tous les districts pour mieux contrôler l'utilisation des médicaments par les prestataires de soins après diverses pratiques non conformes. Il y a aussi le préfinancement, surtout au niveau CSPS, des coûts des médicaments pour maintenir la permanence de l'offre de services face aux retards dans les procédures de remboursement. L'adaptation négative porte sur les pratiques non conformes (détournement avéré par des acteurs à des fins personnelles de modalités de mise en œuvre de la politique comme la gestion nébuleuse des kits, la prescription sans pathologies réelles et la vente aux usagers des médicaments soutirés des reliquats).

La faible proportion du budget alloué à la politique de subvention des accouchements et des SONU, par rapport aux dépenses de santé publique, est un atout pour sa durabilité. Mais pour la réussir durablement cela nécessite :

- une clarification des directives implicites par des formations, des supervisions ou d'autres formes de renforcement des capacités par le recyclage, en veillant au maintien des acquis par la formation professionnelle (introduction de curricula de formation sur toutes les composantes des SONU) ;
- une gestion rigoureuse des intrants (médicaments, consommables, équipements), notamment la mise en place d'un mécanisme de contrôle garantissant une utilisation transparente des kits lorsque cette formule est privilégiée ;
- une vision de *stewardship* (personne ou équipe) prenant en compte à la fois l'intérêt public (meilleur accès aux soins des usagers au moindre coût) et les conditions de travail idoines (infrastructures, équipements, renforcements des capacités, revalorisation salariale ou primes spécifiques) pour maintenir l'engouement des prestataires malgré des changements dans les services ciblés entraînant une augmentation diversement appréciée du volume de travail.

Conclusion

La mise en œuvre de la politique nationale de subvention des accouchements et des SONU a permis d'améliorer l'offre de services des établissements de santé en leur donnant une plus grande marge de manœuvre, une disponibilité plus importante de ressources financières et de médicaments et un accès aux soins sans prépaiement des usagers. La politique a également permis de réduire les coûts supportés par les ménages, même si ceux-ci restent supérieurs aux niveaux attendus. Cela, bien entendu, s'est traduit par une augmentation du niveau d'utilisation des services. Ces résultats sont en accord avec la baisse du ratio de mortalité maternelle, de 484 à 341 [275—406] décès pour 100.000 naissances vivantes, rapportée dans l'EDS2010 ce qui montre que les indicateurs de santé évoluent dans le sens des objectifs de la politique. Toutefois, il subsiste encore plusieurs dysfonctionnements dont l'importance varie en fonction des districts et l'étude a identifié un certain nombre de conditions nécessaires pour réussir de façon durable la politique. Eu égard aux gains considérables en matière de santé maternelle, à quelques mois de la fin de la politique, l'évidence n'autorise pas la question de savoir si la politique va se poursuivre après sa date d'échéance. La question devrait plutôt être comment elle va se poursuivre : sous la forme actuelle avec une amélioration au niveau des insuffisances relevées ou sous une autre

forme comme l'assurance-maladie universelle dont les réflexions sont en cours depuis déjà quelques moments ? Mais quelle que soit la forme du financement, les défis identifiés dans cette étude devront être relevés.

Recommandations

Il reste plusieurs défis à relever dans la mise en œuvre de la politique et les recommandations suivantes faites à partir des résultats clés de l'évaluation peuvent y contribuer :

1. renforcer les connaissances/compétences du personnel de santé et améliorer l'équipement pour une meilleure qualité de prise en charge du nouveau-né selon les directives de la subvention ;
2. opérationnaliser le volet indigent de la subvention face aux difficultés persistantes de l'accès aux soins des plus pauvres ;
3. introduire un mécanisme de contrôle dans les procédures de la subvention pour arrêter les pratiques non conformes et éviter un surcoût négatif pour les usagers ;
4. évaluer les bonnes pratiques dans la gestion des kits et les diffuser pour mieux rationaliser l'usage des médicaments ;
5. trouver une solution à la charge de travail liée au rapportage des actes de la subvention ;
6. clarifier les directives implicites, gérer rigoureusement les intrants et assurer une bonne gouvernance dans les structures de soins pour réussir la suite de la politique.

Références

Antarou L., Ridde V., Kouanda S., Queuille L. (2013). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger. *Bull. Soc. Pathol. Exot.* DOI 10.1007/s13149-013-0307-8.

Bicaba A., Serme J., Nebie B., Nacoulma A., Ridde V., Queuille L. (2010). Documentation des coûts d'expériences d'exemption du paiement des soins dans les régions sanitaires du Sahel, du Nord, de la Boucle du Mouhoun et de l'Est - Burkina Faso. Ouagadougou : SER SAP /CRC HUM/Tdh/HELP.

Blanchet K., Zonon N., Nébié B., Agagliate T., Viala G. (2011). Exemption de paiement pour l'accès universel aux soins de santé des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes : bonnes pratiques au Burkina Faso. Fondation Terre des hommes, Ouagadougou, Burkina Faso, 64 p.

De Allegri M., Ridde V., Louis VR., Sarker M., Tiendrebéogo J., Yé M., Müller O. and Jahn A. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity – Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, doi:10.1057/jphp.2012.27

De Brouwere V. et Van Lerberghe W. (2001). Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique, *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 18, Antwerpen : ITG Press, 481 p.

Gali Gali IA. et Yaogo M. Revue documentaire sur les politiques d'exemption des soins de santé maternelle au Burkina Faso. Mai 2012

Ganaba R., Ilboudo PGC., Cunden N., Witter S. Les résultats des entretiens à la sortie, Burkina Faso. Rapport outil Exit interview, FEMHealth, septembre 2013

Ilboudo PGC., Russell S., D'Exelle B. (2013) The Long Term Economic Impact of Severe Obstetric Complications for Women and Their Children in Burkina Faso. *PLoS ONE* 8(11): e80010. doi:10.1371/journal.pone.0080010

Ilboudo PGC., Ganaba R., Cunden N., Witter S. Les résultats de l'enquête sur le personnel de santé, Burkina Faso. Rapport outil HEWIS, FEMHealth, août 2013

Ilboudo PGC., Cunden N., Witter S. Les résultats de l'étude de coût, Burkina Faso, FEMHealth, Rapport outil Costing, Femhealth, septembre 2013

Ilboudo PGC., Witter S., Cunden N., Ganaba R. Les résultats de l'enquête sur le suivi des flux financiers, Burkina Faso, Rapport outil FFT, FEMHealth, décembre 2013

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ministère de l'Economie et du Développement (Burkina Faso), 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ministère de l'Economie et du Développement (Burkina Faso), 1999. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 1998/1999

Kouanda S., Ly A., Bonnet E., Ridde V. (2012). La charge de travail du personnel de santé face à la gratuité des soins au Burkina Faso, *Afrique contemporaine*, 2012/3, n° 243, p. 104-105.

Marchal B., Van der Veken K., Essolbi A., Dossou J.P., Richard F. and Van Belle S (2014). Methodological reflections on using realist evaluation in a study of fee exemption policies in West Africa and Morocco

Marchal B., Van Belle S., De Brouwere V., Witter S. & Kegels G. (2014) Complexity in health. Consequences for research & evaluation. FEMHealth discussion paper.

Meda N., Hounton S., De Brouwere V., Sombié I., Byass P. (2008). From evaluating a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso to policy implications for safe motherhood in Africa, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 13, Suppl. 1, p. 68-72

Ministère de la santé (Burkina Faso), (2006). Stratégie nationale subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina, Ouagadougou, 65 p

Olivier de Sardan J-P., Ridde V. (2012). « L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger : les contradictions des politiques publiques », *Afrique contemporaine*, 2012/3, n° 243, p. 11-32.

Ridde V., Agier I., Jahn A., Mueller O., Tiendrebéogo J., Yé M., De Allegri M. (2013). The impact of user fee removal policies on household out-of pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *Eur J Health Econ*. DOI 10.1007/s10198-013-0553-5

Ridde V., Richard F., Bicaba A., Queuille L., Conombo G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Planning*, Supplement 2: 30-40

Ridde V., Kouanda S., Yaogo M. (2010). La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso, Policy brief
[URL : www.idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/45169/1/131624.pdf]

Ridde V, Queuille L, (2010). L'exemption du paiement, un pas vers l'accès universel aux soins de santé : expériences pilotes au Burkina Faso, HELP-Université de Montréal, 44 p.

Ridde V. et Bicaba A.(2009). Revue des politiques d'exemption-subvention du paiement au Burkina Faso : la stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, UNICEF-IMT, 54 p.

Sombié I., Yaogo M., Ouédraogo M., Konaté B., Belemsaga D., Ouédraogo T.(2007). Evaluation de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : rapport préliminaire, Ouagadougou, DSF-GREFSaD, 59 p.

Storeng K.T., Baggaley R.F., Ganaba R., Ouattara F., Akoum M.S., Filippi V. (2008). Paying the price: the cost of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine.*, 66: 545-557.

Van der Veken K., Richard F., Marchal B., Witter S., Dossou J-P., Essolbi A., Yaogo M., Dubourg D. & De Brouwere V. POEM – Policy Effect Mapping (2014). A framework to assess the effects of a targeted policy on the local health system.

Yaogo M., Ridde V., Kafando Y., Kadio K.(2012). Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action sur l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso, Mondain N., Bologo E. (dir.), La recherche en contexte de vulnérabilité : engagement du chercheur et enjeux éthiques, Harmattan, p. 65-85

Annexes

Annexe 1 : Caractéristiques générales des Near-miss et décès maternels au Burkina Faso

Caractéristique		Near miss maternelle N(%)	Décès maternels N(%)
Hopital	CMA de Houndé	53 (11.62)	0 (0.00)
	CMA de Orodara	77 (16.89)	1 (3.57)
	CHR de Banfora	174 (38.16)	12 (42.86)
	CHR de Gaoua	63 (13.82)	10 (35.71)
	CMA de Yako	60 (13.16)	3 (10.71)
	CMA de Bogandé	29 (6.36)	2 (7.14)
Référéed d'une autre structure		343 (75.22)	24 (85.71)
Near miss à l'admission		259 (56.80)	-
Admise en soins intensifs		210 (46.05)	12 (42.86)
Intervention chirurgicale (Césarienne, laparotomie)		229 (50.22)	13 (46.43)
Durée de séjour	0-1 jour	45 (9.87)	19 (67.86)
	2-3 jours	83 (18.20)	5 (17.86)
	4-6 jours	177 (38.82)	2 (7.14)
	7-27 jours	137 (30.04)	1 (3.57)
	≥ 27 jours	5 (1.10)	0 (0.00)
Age median (Intervalle)		25 (13-46)	25.5 (17-42)
Intervalle médian entre grossesses		3 (1-12)	3.5 (1-10)
TOTAL		456	28

Annexe 2 : Méthodes de détermination des scores d'omission

Score d'omission	Méthode de détermination
Pour accouchement vaginal	<p>Dénominateur: tous les accouchements par voie vaginale d'un bébé unique se terminant par une naissance vivante ou un mort-né frais et qui n'ont pas développé une complication de type <i>near-miss</i>.</p> <p>Proportion des accouchements qui n'ont pas eu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La pression artérielle mesurée à l'admission ; • Le rythme cardiaque fœtal vérifié pendant la phase active du travail ; • Partogramme utilisé ; • Le pouls de la femme vérifié au moins 1 fois dans les 6 heures qui suivent l'accouchement ; • La pression artérielle de la femme vérifié au moins 1 fois dans les 6 heures qui suivent l'accouchement ; • Vérification de saignements utérins dans les 6h après l'accouchement ; • La température de la femme mesurée au moins 1 fois dans les 6 heures qui suivent l'accouchement.
Pour césarienne	<p>Dénominateur: tous les accouchements par césarienne et laparotomies pour rupture utérine</p> <p>Proportion des accouchements qui n'ont pas eu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le taux d'hémoglobine vérifié avant l'opération ; • Le battement cardiaque vérifié avant l'anesthésie ; • De prescription d'antibiotiques prophylactiques ; • Une administration prophylactique d'ocytocine pendant l'opération ; • La pression artérielle mesurée chaque 30 minutes dans les 2 heures après l'opération ; • La respiration mesurée chaque 30 minutes dans les 2 heures après l'opération ; • Le pouls mesuré chaque 30 minutes dans les 2 heures après l'opération.
Néonatale	<p>Dénominateur : tous les bébés uniques nés vivants de mères ayant accouché par voie vaginale</p> <p>Proportion de nouveau-nés qui n'ont pas eu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bruit du cœur fœtal renseigné à l'arrivée • Le bruit du cœur fœtal mesuré au moins une fois pendant la phase active du travail • La note d'Apgar reportée • La couleur du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance • La respiration du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance • L'alimentation du nouveau-né vérifiée au moins une

	fois dans les 6 heures après la naissance
	<ul style="list-style-type: none">• La température du nouveau-né vérifiée au moins une fois dans les 6 heures après la naissance