

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES
DE LA SANTE (UFR/SDS)**

SECTION MEDECINE

Année universitaire 2011-2012

Thèse n°002

**LE SYSTEME DE PARTAGE DES COÛTS POUR
LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTETRIQUES
AU CMA DU SECTEUR 30 DE OUAGADOUGOU :
*BILAN DE 2005 A 2010.***

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 07 Février 2012

Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN MEDECINE (DIPLÔME D'ETAT)

Par

Ghislain Wêndtoin Ulrich BOUDA

Né le 23 Juin 1979 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directeur de thèse :

Pr. Jean LANKOANDE

Président du jury :

Pr. Blandine BONANE/THIEBA

Co Directeur de thèse :

Dr. Charlemagne OUEDRAOGO

Membres du jury :

Dr. Boubakar TOURE

Dr. Charlemagne OUEDRAOGO

Dr. Djénèba OUEDRAOGO/SANON

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS
ET DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE
L'UFR/SDS**

DEDICACES

Je dédie ce travail....

Au seigneur mon Dieu

Créateur et maître de l'univers pour sa grâce qui m'a accompagné durant ces très longues années d'études.

Seigneur, tu es mon berger et rien ne saurait me manquer.

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins.

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension.

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse.

Donne à mes oreilles la patience d'écouter.

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent.

Donne à mon esprit le désir de partager.

Donne-moi Seigneur, le courage d'atteindre mes vœux les plus ardents et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent. Amen !

A la très Sainte vierge Marie mère consolatrice qui m'a toujours réconfortée et essuyé les larmes!

A mon père et à ma mère

Ce travail est le fruit de l'éducation que vous m'avez assuré. Je vous dois tout et je remercie Dieu de vous avoir eu comme père et mère. Vous nous avez élevé dans le respect de la famille, l'amour du prochain, la foi en Dieu, la recherche du savoir.

Vos conseils, vos encouragements et vos bénédictions m'ont accompagné durant toutes ces années passées à l'université. Les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude. Puisse ce travail couronner tous les efforts et sacrifices que vous avez consentis pour me soutenir.

Que Dieu vous bénisse et vous garde longtemps auprès de nous.

A mes frères et sœurs Léa, Lydie, Charles, Claude, Auguste, Bérenger.

Ce travail est le vôtre aussi

Merci pour votre soutien et votre respect constant

Puissent la solidarité, l'entraide, la compréhension et l'amour rester dans le cœur de chacun de nous.

A mes oncles/tantes, cousins/cousines, neveux/nièces et à toute notre grande famille

De près ou de loin, vous m'avez tous, chacun à sa façon, manifesté votre soutien et vos encouragements. Vous avez attendu patiemment la fin de ces interminables études. Je vous remercie et souhaite très sincèrement que vous partagiez ma joie aujourd'hui.

A mes collègues, promotionnaires et amis Jacques, Donald, Mohamed, Igor, Judicaël, Sylvain, Augustin, Abel, Armand, Romaric, Jean-Eudes, Alain, Christophe, Christian, Rodrigue, Moumouni...

Je n'oublierai jamais les moments passés ensemble. Restons toujours unis.

Puisse Dieu nous accorder une vie professionnelle exemplaire et une vie familiale réussie.

A toutes les femmes ayant subi une intervention obstétricale chirurgicale :
courage !

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à notre formation et particulièrement à la réalisation de ce travail

Au Pr. Jean LANKOANDE

Notre maître et directeur de thèse, pour sa grande disponibilité, sa preuve de confiance, son soutien, son sens du devoir bien fait et ses encouragements. Trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements.

Au Dr. Charlemagne OUEDRAOGO

Vous avez été un guide sur lequel nous avons toujours pu compter tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils, votre dévouement et votre disponibilité malgré votre charge de travail au CMA du secteur 30.

Au personnel du district sanitaire de Bogodogo : pour leurs conseils, disponibilités, assistances et encouragements.

A Monsieur Georges ROUAMBA, Monsieur David BAZIE, Madame Rita ZONGO pour leurs conseils et collaborations.

Au Docteur Marcel KUIRE pour ses encouragements.

A tout le personnel du service de Gynécologie obstétrique du CMA du secteur 30 pour leur collaboration.

A tout le personnel de la bibliothèque de l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou. Merci infiniment.

A tous ceux qui nous ont communiqué expérience, connaissance et savoir-être. Merci.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Directeur de thèse Monsieur le Professeur Jean LANKOANDE

Vous êtes :

- **Professeur titulaire de Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS**
- **Chef du département de Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS**
- **Chef de service de Gynécologie obstétrique au CHU-YO**
- **Coordonnateur DES de Gynécologie obstétrique**
- **Officier de l'Ordre National**

C'est un privilège et un honneur que vous nous avez faits en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Homme de science aux connaissances immenses, nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques pendant nos études médicales. Vous êtes un maître qui aime et sait transmettre son savoir à ses étudiants. Votre rigueur scientifique et vos qualités humaines transcendent les limites de nos frontières.

Nous vous prions d'accepter cher maître, notre gratitude et notre respectueuse considération.

Qu'en cette nouvelle année, la lumière de Dieu illumine votre vie et celle de votre famille.

A notre présidente de Jury Madame le Professeur Blandine BONANE/THIEBA

Vous êtes :

- **Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS**
- **Gynécologue-obstétricienne au CHU-YO**
- **Directrice exécutive de la SOGOB**
- **Coordonnatrice Nationale de l'Alliance du Ruban Blanc**
- **Chevalier de l'Ordre National**

Cher maître,

Permettez-nous de vous témoigner toute notre reconnaissance pour avoir en dépit de vos multiples sollicitations, accepté de présider le jury notre thèse.

Vos connaissances scientifiques, votre constante disponibilité, votre sociabilité, votre obsession du devoir bien fait et votre humilité forcent l'admiration des étudiants, de vos collègues et de vos patientes.

Nous avons eu l'honneur de bénéficier de votre enseignement à l'UFR/SDS et de votre encadrement dans le service de Gynécologie-obstétrique du CHU-YO.

Plus qu'un maître, vous êtes une mère attentionnée pour nous.

Puisse Dieu vous combler d'avantage de ses riches bénédictions et vous donner de relever tous vos défis. Que 2012 soit l'année de réalisation de tous vos projets. Amen!

A notre maître et juge Monsieur le Docteur Boubakar TOURE

Vous êtes :

- **Maître-assistant en Gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS**
- **Ancien interne des hôpitaux d'Abidjan**
- **Gynécologue-obstétricien au CHU-YO**

Cher maître, en dépit de vos multiples occupations vous avez accepté sans hésiter de siéger dans ce jury et de juger ce travail.

Nous avons bénéficié de vos enseignements en quatrième année de médecine et de votre encadrement au cours de notre stage pratique au CHU-YO. Votre simplicité et votre disponibilité, vos connaissances ainsi que votre ardeur au travail, ne cessent de nous émerveiller.

Permettez-nous de vous témoigner ici notre gratitude et notre profond respect. En cette nouvelle année, que Dieu vous comble d'avantage de riches bénédictions et vous donne de relever tous les défis.

**A notre maître et co-directeur de thèse Monsieur le Docteur Charlemagne
OUEDRAOGO**

Vous êtes :

- **Ancien interne des hôpitaux de Ouagadougou**
- **Maître-assistant en Gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS**
- **Gynécologue-obstétricien au CMA du secteur 30**
- **Chef de service de l'unité de Gynécologie-obstétrique du CMA du secteur 30**
- **Expert international en santé de la reproduction**
- **Chevalier dans l'ordre de la légion d'honneur de la République française.**
- **Commandeur de l'ordre œcuménique de Malte et de Rhode**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir eu comme co-directeur de thèse. Vous vous êtes investis pour la réalisation de cette thèse et ceci malgré vos multiples occupations. Votre simplicité, votre disponibilité et votre rigueur au travail nous ont fortement impressionnées et font de vous un maître respecté et un espoir pour cette unité de formation.

Au-delà toutes louanges, vous êtes pour nous un modèle de réussite.

Soyez rassuré cher maître de notre profonde admiration et de notre gratitude.

En cette nouvelle année 2012, longue vie à vous et que la bénédiction de Dieu vous accompagne.

Que l'année 2012 soit l'année de votre succès au concours d'agrégation du CAMES !

A notre maître et juge Madame le Docteur Djénèba OUEDRAOGO/SANON

Vous êtes :

- **Directrice de la Santé de la mère et de l'enfant au Ministère de la santé**
- **Médecin spécialiste en santé publique**

Cher maître, nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Permettez-nous de vous témoigner notre gratitude et notre profond respect.

Vous êtes une mère attentionnée aux problèmes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant au sein de votre département. Que Dieu vous bénisse dans cette lourde et noble tâche, qu'il vous comble de riches bénédictions et vous donne de relever tous vos défis.

Par délibération l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution des références et contre-références des patientes.....	38
Figure 2 : Evolution des références par rapport aux admissions totales des femmes.	40
Figure 3 : Evolution des évacuations au CHU-YO par rapport aux références des femmes.	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Contribution des acteurs pour la prise en charge d'une césarienne en 2010.....	13
Tableau II: Répartition des femmes selon la provenance entre 2005 et 2010(n=4481).....	37
Tableau III: Répartition des patientes référées selon la provenance (n=3635)	39
Tableau IV: Répartition des différentes indications pour IOM de 2005 à 2010(n=4481).....	42
Tableau V: Répartition selon le type d'IOM réalisées au CMA du secteur 30 de 2005 – 2010(n=4481)	43
Tableau VI: Taux de césarienne dans la population du district sanitaire de	44
Tableau VII: Evolution du taux de couverture en interventions obstétricales majeures	44
Tableau VIII : Evolution du besoin transfusionnel des patientes opérées.	45
Tableau IX : Evolution du taux de létalité des complications obstétricales de 2005-2010.....	46
Tableau X: Répartition des complications post-opératoires des patientes (n=102).....	47
Tableau XI: Causes des décès per et ou postopératoires selon l'année.....	48
Tableau XII: Répartition des nouveaux-nés selon l'état à la naissance entre 2005 et 2010(n=4391).....	48
Tableau XIII : Evolution du coût réel et du forfait d'une césarienne.....	49
Tableau XIV : Contributions des acteurs du SPC en 2005	50
Tableau XV: Contributions des acteurs du SPC en 2006.....	50
Tableau XVI: Contributions des acteurs du SPC en 2007	51
Tableau XVII : Contributions des acteurs du SPC en 2008	51
Tableau XVIII : Contributions des acteurs du SPC en 2009 :	52

Tableau XIX : Contributions des acteurs du SPC en 2010	52
Tableau XX: Contributions des acteurs du SPC entre 2005 et 2010.....	53
Tableau XXI: Répartition récapitulative du taux de recouvrement ou taux de contribution en pourcentage (%) selon les années.....	53
Tableau XXII: Evolution du taux d'absorption des contributions des acteurs...	54
Tableau XXIII : Répartition des dépenses de santé entre 2005 et 2010.	55
Tableau XXIV: Estimation du montant passif en 2010.....	55

SIGLES ET ABREVIATIONS

AQUASOU : Amélioration de l'accès et de la qualité aux soins obstétricaux d'urgence

AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine

BONC : Besoins obstétricaux non couverts

CAMEG : Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques

CHR : Centre hospitalier régional

CHU-SS : Centre hospitalier universitaire Sanon Sourou

CHU-YO : Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

CM : Centre médical

CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale

COGES : Comité de gestion

CPN : Consultation pré-natale

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

DRS : Direction régionale de la santé

DSF : Direction de la santé et de la famille

ECD : Equipe cadre du district

EDS : Enquête démographique et de santé

EICVM : Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages

E&P : ONG Equilibre et Population

FCFA : Franc CFA

€ : Euro

GATPA : Gestion active de la troisième phase d'accouchement

GEU : Grossesse extra-utérine

IMA : Indication maternelle absolue

IMT : Institut de médecine tropicale

INSD : Institut national de la statistique et du développement

IRD : Institut pour la recherche et le développement

IOM : Intervention obstétricale majeure

Laparo. : Laparotomie

MCD : Médecin chef du district

MEG : Médicaments essentiels génériques

MOMA : Mortalité et morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest

MURIGA : Mutuelles pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement

OMD : Objectif du millénaire pour le développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-gouvernementale

RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat

RU : Rupture utérine

SAGO : Société africaine de Gynécologie obstétrique

SOU : Soins obstétricaux d'urgence

SONU : Soins obstétricaux et néo-nataux d'urgence

SMI : Santé maternelle et infantile

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SPC : Système de partage des coûts

\$US : Dollar

UE : Union européenne

UNFPA : Fonds des nations unies pour la population

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....	1
II. REVUE DE LA LITTERATURE.....	6
II – 1 Définition de concepts :	7
II.1.1 Le système de partage des coûts (SPC) : [2].....	7
II.1.2 Les interventions obstétricales majeures (IOM) :	7
II.1.3 Les soins obstétricaux et néonataux d’urgence(SONU) : [42].....	8
II.1.4 L’urgence obstétricale	9
II – 2 Les initiatives de réduction des barrières financières de l’accès aux SONU.	9
II.2.1 Le SPC du district sanitaire de Bogodogo : [2,3]	9
II.2.2.1 Situation de départ et justification du projet au Burkina Faso:.....	9
II.2.2.2 Constitution et description du SPC :.....	12
II.2.2 Les autres initiatives de réduction des barrières financières au Burkina-Faso et en Afrique :	16
II.2.2.1 Expérience du district sanitaire de Diapaga : [11]	16
II.2.2.2 Le forfait obstétrical en Mauritanie : [34].....	17
II.2.2.3 Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l’accouchement [34]	20
II.2.2.4 La politique de gratuité des soins obstétricaux au Sénégal : [10,34]	23
II – 3 Epidémiologie des interventions obstétricales majeures(IOM).....	24
II.3.1 La césarienne :	24
II.3.2 La laparotomie pour GEU ou RU :	26
II.3.3 L’hystérectomie d’hémostase :	26
III. OBJECTIFS	27
III.1 Objectif général :	28
III.2 Objectifs spécifiques :	28
IV. METHODOLOGIE	29
IV.1 Cadre de l’étude : [23,24]	30
IV.2 Type et population d’étude :	32
IV.3 La collecte et l’analyse des données :.....	32
IV.4 Variables :	32
IV.5 Considérations éthiques et déontologiques	34
IV.6 Définitions opérationnelles :	34
V-RESULTATS	36
V.1 - Provenance des bénéficiaires	37
V.2- Références :	37
V.2.1- Références et contre-références :	37
V.2.2 - Provenance des références :.....	38
V.2.3 - Références et admissions :	39
V.2.4 – Références et évacuations :	40

V.3 - Les différentes indications des interventions obstétricales majeures :	41
V.4 - Répartition des différentes IOM :	43
V.4.1 - Proportion des interventions obstétricales majeures :	43
V.4.2 - Fréquence des césariennes :	43
V.4.3 - Couverture en interventions obstétricales majeures :	44
V.5 - Utilisation des services transfusionnels :	45
V.6 – Pronostic materno-foetal :	45
V.6.1 - Pronostic maternel :	45
V.6.2 - Pronostic foetal :	48
V.7 Comparaison entre coût réel et forfait	49
V.8 Gestion financière du système :	49
V.8.1 Contribution des acteurs du système :	49
V.8.2 Estimation des dépenses effectuées pour la prise en charge des urgences obstétricales(ou taux d'absorption des contributions) :	54
V.9 Perceptions des membres de l'ECD sur le SPC :	56
V.9.1 Difficultés rencontrées dans la gestion du système	56
V.9.1.1 Difficultés énumérées dans l'offre de soins	56
V.9.1.2 Difficultés énumérées dans la gestion financière du système :	57
V.9.2 Interview ou entretien avec des membres de l'ECD sur leur perception du SPC :	58
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	60
VI.1 Limites de l'étude :	61
VI.2 - Provenance des bénéficiaires :	61
VI.3 - Références :	61
VI.3.1 - Références et contre-références :	61
VI.3.2 - Provenance des références :	62
VI.3.3 - Références et admissions :	62
VI.3.4 - Références et évacuations :	63
VI.4 Différentes indications des IOM :	63
VI.5 - Proportion des différentes IOM :	63
VI.6 - Utilisation des services transfusionnels :	65
VI.7 - Pronostic maternel et foetal :	65
VI.7.1 - Morbidité et mortalité maternelle	65
VI.7.2 - Mortalité néonatale précoce	67
VI.8 - Gestion financière du système de partage des coûts:	67
VI.8.1 - Comparaison entre coût réel et forfait	67
VI.8.2 - Contributions des acteurs du système :	68
VI.8.3 - Estimation des dépenses effectuées :	69
VI.8.4 Estimation du montant passif en 2010 (ou déficit cumulé) :	69
VI.9 - Difficultés rencontrées dans la gestion du système :	71
VII- CONCLUSION	72

VIII- SUGGESTIONS.....	74
IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
X- ANNEXES	85

I. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Le Burkina Faso pays sahélien enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'ouest fait partie des pays les moins avancés et reste confronté à un défi majeur qui est l'éradication de la pauvreté.

En 2009, selon les statistiques de l'INSD 43,9 % de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté estimé à 108 454 FCFA par adulte et par an [12]. Cette pauvreté touche un grand nombre de femmes et d'enfants.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso se caractérise par une morbidité et une mortalité générale élevée estimée à 11,8 %. Ceci est imputable à l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire surtout en ce qui concerne les soins offerts à la mère et à l'enfant [42].

Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2006 a noté un ratio de mortalité maternelle de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes [25].

Chaque année au Burkina Faso, plus de 2000 femmes succombent à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement [9].

Les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent de ce fait une grave menace pesant sur la vie et la santé des femmes dans les pays en développement et surtout au Burkina Faso. Pourtant la crédibilité d'un système de santé repose en grande partie, sur sa capacité à prendre en charge les complications et les urgences en général [11].

Depuis plus de vingt ans, la mortalité maternelle est reconnue au niveau international comme un problème de santé publique, dans tous les pays, mais plus particulièrement en Afrique. Les chiffres sont effarants, dans les pays en développement, 1600 femmes meurent chaque jour en accouchant avec 75 % de décès maternels directement liés aux complications obstétricales [6].

Dans le monde, pour chaque femme qui meurt, 30 à 100 autres souffriront de complications graves, douloureuses et débilitantes selon l'OMS.

Depuis l'appel en faveur de la santé maternelle, lancé lors de la conférence de Nairobi en 1987, l'épidémiologie de la mortalité maternelle, ainsi que ses causes et ses facteurs sont mieux connus [42]. Les causes de cette mortalité maternelle sont nombreuses, nous pouvons citer entre autres les hémorragies, les infections, les ruptures utérines, les éclampsies.

Outre ces causes directes, il y a d'autres facteurs favorisant la survenue de ces décès maternels regroupés sous le nom des « trois retards » :

- Un retard au niveau de la prise de décision pour la recherche des soins appropriés
- Un retard à atteindre une structure appropriée de soins lié entre autres, à l'état des routes et à la distance entre les populations et le centre de santé
- Un retard à recevoir le traitement approprié dans une structure sanitaire qui serait dû notamment au coût élevé des soins.

L'accouchement peut être en effet un processus coûteux pour les ménages dans les pays où les modalités de financement des soins sont fragmentées et n'assurent pas une couverture universelle. Recourir aux soins obstétricaux engendre des dépenses immédiates mais peut aussi avoir des répercussions économiques et sociales à long terme, liées à l'endettement des familles pour faire face aux dépenses de santé. Depuis quelques années, l'une des solutions envisagées pour améliorer l'accès aux soins d'urgence, y compris par certains comme une transition vers un accès universel est de lever une partie de la barrière financière de l'accès aux soins en supprimant le paiement direct [32].

Au Burkina Faso, 80 % des ménages pauvres doivent s'endetter pour faire face aux dépenses de santé [32]. L'accessibilité financière est donc un facteur important de l'utilisation des services de santé surtout pour les femmes. Le coût financier des interventions obstétricales urgentes varie de 34 945 FCFA à

86 500 FCFA (Ministère de la santé 2003) alors que la dépense moyenne des familles pour leur santé au Burkina Faso est de 2 900 FCFA par mois.

Face à ce constat, le gouvernement burkinabè a entrepris des mesures de 1997 à 2005 pour réduire la mortalité maternelle et infantile : [42]

- la gratuité des soins préventifs et des consultations prénatales
- la politique d'exemption de l'indigence au Burkina Faso visant à améliorer la prise en charge des indigents et des cas sociaux dans les structures sanitaires
- l'organisation d'un système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales.

L'UNICEF a, à partir de 2001, appuyé certains districts sanitaires pour la mise en place du système de partage des coûts pour les urgences obstétricales dans la région de l'est (Bogandé, Diapaga et Pama), la région du centre-est (Koupéla et Ouargaye) et la région du Sahel (Sebba) [34]. Ce système étant un mécanisme de répartition des coûts entre les acteurs du système en vue d'amoindrir les charges liées au transport et à la prise en charge supportées par le malade et sa famille.

En 2003, l'évaluation de cette expérience a montré une réduction des coûts directs à la charge de la patiente et de sa famille de 60 à 70 % sans prépaiement et une augmentation du taux de césarienne [34].

La même année, le ministère français de la coopération a initié le projet AQUASOU. Ce projet d'une durée de 3 ans (2003-2005) avait pour objectif principal d'améliorer la qualité et l'accès à des soins obstétricaux en fédérant et en rendant synergique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire les interventions des différents acteurs dans les 17 pays membres de la SAGO [3].

En janvier 2005, au terme du projet AQUASOU, un système de partage des coûts entre acteurs du système de santé du district sanitaire de Bogodogo a été

mis en place, c'était la toute première initiative dans un district urbain [2]. L'expérience du district sanitaire du secteur 30 a contribué à la réflexion sur le financement des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. Si bien qu'en octobre 2006, ce fut la subvention aux SONU par le gouvernement de voir le jour dans le but de réduire la barrière financière de l'accès aux SONU. Le Burkina Faso espère ainsi atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement (OMD 4 et 5) [22].

Au vu des expériences de ces districts sanitaires, la levée des barrières financières notamment par le système de partage des coûts a favorisé l'accès financier des populations et surtout des plus pauvres aux services de prise en charge des urgences obstétricales. Les mécanismes de partage des risques de santé en cours, ont été renforcés et des réflexions ont été menées pour sa pérennité. La suppression ou la diminution de la tarification au niveau des formations sanitaires a amélioré l'accès aux soins obstétricaux essentiels et soins obstétricaux d'urgence surtout pour les femmes les plus démunies.

Six ans après l'application du système de partage des coûts dans le district sanitaire de Bogodogo, il nous a semblé judicieux de présenter les résultats obtenus et les acquis, d'analyser les difficultés rencontrées afin de formuler des recommandations pour son amélioration.

II. REVUE DE LA LITTERATURE

II – 1 Définition de concepts :

II.1.1 Le système de partage des coûts (SPC) : [2]

Le SPC est un mécanisme de répartition des coûts entre des acteurs d'un environnement en vue d'amoindrir les charges financières liées au transport et à la prise en charge des urgences obstétricales supportées par la patiente et sa famille. Dans le cadre du projet AQUASOU, les interventions prises en charge comprenaient la césarienne, la laparotomie pour GEU et RU, l'hystérectomie d'hémostase, la réparation de déchirures compliquées du périnée et du col nécessitant une anesthésie générale.

II.1.2 Les interventions obstétricales majeures (IOM) :

Les IOM sont des interventions chirurgicales obstétricales dites majeures parcequ'elles obéissent à des indications mixtes c'est-à-dire les indications maternelles absolues (IMA) et les indications fœtales.

Ces interventions ont été choisies parcequ'elles sont censées empêcher une femme et ou son enfant de mourir (si elles sont bien exécutées), mais également parcequ'elles ne peuvent être pratiquées qu'en institution hospitalière.

a) La césarienne ou accouchement par voie haute : c'est l'IOM par excellence, elle réalise l'accouchement artificiel après l'ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle est souvent pratiquée sous-anesthésie générale et de plus en plus sous rachi-anesthésie.

On distingue deux groupes de césarienne selon le moment de réalisation :

-la césarienne prophylactique ou programmée

Elle est décidée et réalisée avant le début du travail. L'indication opératoire est le plus souvent posée lors des consultations prénatales.

-la césarienne d'urgence

b) Laparotomie pour GEU:

La GEU se définit comme la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

Il s'agit d'une incision chirurgicale de la paroi abdominale et du péritoine dans le but de traiter une grossesse extra-utérine.

c) Laparotomie pour RU :

La RU est une urgence obstétricale définie comme une solution de continuité non chirurgicale du muscle utérin.

C'est une incision chirurgicale de la paroi abdominale et du péritoine dans le but de traiter une rupture utérine.

c) L'hystérectomie d'hémostase :

Elle consiste à l'ablation totale ou partielle de l'utérus en cas d'hémorragie persistante due à une inertie utérine irréductible.

d) Réparations de déchirures compliquées du périnée et du col :

Il s'agit de lésions intéressant la peau, les muscles, le sphincter anal, la muqueuse vaginale et ano-rectale; et le col. Le risque majeur est la constitution d'un cloaque avec une fistule recto-vaginale.

Ce sont des lésions hémorragiques qui peuvent être fréquentes après l'accouchement, ou secondaire à une application de forceps, ventouse ou embryotomie.

II.1.3 Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence(SONU) : [42]

Les SONU sont des soins réservés aux femmes et aux nouveaux-nés présentant des complications gravido-puerpérales et exigeant une intervention d'urgence.

Ces soins d'urgence comprennent les :

- **SONU de base(SONUB)** qui se composent de sept fonctions essentielles :

- l'administration parentérale d'antibiotiques
- l'administration parentérale d'ocytociques
- l'administration parentérale d'anticonvulsivants
- la délivrance artificielle du placenta
- l'évacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage
- l'accouchement instrumentale (ventouse, forceps)
- la réanimation du nouveau-né
- **SONU complets(SONUC)** avec neuf fonctions essentielles :
 - dont celles des SONU de base
 - auxquelles on ajoute la transfusion sanguine et la césarienne ou la laparotomie.

La mise en oeuvre des SONU est la stratégie majeure reconnue sur le plan international pour réduire la mortalité maternelle et infantile dans les pays en développement [25].

II.1.4 L'urgence obstétricale

Elle peut être définie comme toute pathologie survenant chez la femme enceinte et mettant en jeu le pronostic vital.

II – 2 Les initiatives de réduction des barrières financières de l'accès aux SONU.

II.2.1 Le SPC du district sanitaire de Bogodogo : [2,3]

II.2.2.1 Situation de départ et justification du projet au Burkina Faso:

Depuis plus de vingt ans, la mortalité maternelle est reconnue au niveau international comme un important problème de santé publique, dans tous les pays, mais plus particulièrement en Afrique [42]. L'OMS estime que 536 000

femmes meurent chaque année de problèmes liés à la grossesse, et que la quasi-totalité de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement. Pour l'OMS encore, dans le monde pour chaque femme qui meurt, 30 à 100 autres souffriront de complications graves, douloureuses, débilantes.

Depuis l'appel en faveur de la santé maternelle, lancé lors de la conférence de Nairobi en 1987, l'épidémiologie de la mortalité maternelle, ainsi que ses causes et ses facteurs sont mieux connus [42]. Plusieurs travaux ont permis de vérifier que les causes obstétricales directes très souvent évitables étaient responsables de 80% de décès maternels [6].

L'accès à des soins obstétricaux de qualité apparaît maintenant comme la solution la plus efficace à court terme.

C'est ainsi que le ministère français des affaires étrangères et de la coopération a initié le Projet AQUASOU. Ce projet s'inscrivait dans les orientations stratégiques du ministère français des affaires étrangères(MAE) et était en synergie avec les programmes de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'Union européenne qui ont fait de la réduction de la mortalité maternelle une de leurs priorités [2]. Héritier des conclusions de différentes conférences internationales, il s'appuyait également sur les conclusions des congrès internationaux de la SAGO.

Le Ministère français des affaires étrangères avait déjà financé plusieurs initiatives, en particulier l'enquête MOMA et dont le projet AQUASOU s'inscrivait dans la continuité [2,3].

Les autorités politiques et techniques du Burkina Faso avaient parmi d'autres pays manifesté leur intérêt pour ce projet. Le Burkina Faso remplissait les conditions requises pour participer au projet à savoir :

-participation à l'analyse situationnelle des maternités lancée avec la SAGO dans le cadre de l'initiative post-MOMA.

-zone géographique disposant d'un réel potentiel d'intervention avec entre autre différents niveaux du système de santé

-existence de partenariats préalables, ressources humaines localement disponibles

-existence d'un relai politique (intérêt exprimé par écrit par les instances décisionnelles)

-stratégie identifiée en vue d'une pérennisation, capitalisation, et appropriation du dispositif après la clôture du projet

-existence dans la zone du projet d'une maternité de référence disposant d'une capacité technique minimum d'accueil (service de garde, services d'urgence gynéco-obstétricales,...)

Suite à une mission exploratoire en septembre 2002, menée par l'IMT d'Anvers et l'IRD de Ouagadougou, le district sanitaire du secteur 30 de la région du centre de Ouagadougou a été choisi comme site du projet pour plusieurs motifs :

- la présence d'un gynécologue engagé

-le soutien de la coopération italienne qui a financé l'équipement d'un nouveau bloc,

-la volonté exprimée du ministère de la santé qui a comme promis affecté le personnel requis à ce nouveau bloc

-l'engagement montré par le maire de l'arrondissement de Bogodogo où se situe le CMA du secteur 30 et sa volonté de mobiliser les femmes de la commune en vue de structurer le dialogue avec l'équipe du CMA.

C'est ainsi que sous l'impulsion du projet AQUASOU (2003-2005) et de ses acteurs : le Ministère français des affaires étrangères (maitre d'œuvre), l'ECD

du district sanitaire de Bogodogo, le coordonnateur national du projet AQUASOU, la Direction régionale du centre et avec l'appui technique de l'IMT, l'IRD, l'E&P un système de partage des coûts fut mis en place et a débuté le 05 janvier 2005.

Le système de partage des coûts a toujours bénéficié d'une implication des autorités sanitaires : la direction de la santé et de la famille a toujours soutenu les approches de partage des coûts depuis leur création en 2001 dans les districts de l'est. La direction régionale de la santé a été présente dans toutes les étapes de la mise en œuvre et a assisté à tous les comités de suivi du SPC.

II.2.2.2 Constitution et description du SPC :

- **Définition :** le système de partage des coûts est un fonds de solidarité alimenté par différents acteurs de la communauté (le COGES et les structures confessionnelles, la patiente et sa famille, les collectivités locales, l'ECD et le ministère de la santé) qui permet de réduire la part financière de la famille dans la prise en charge des urgences obstétricales.

Ce qui veut dire que toute femme enceinte présentant une urgence obstétricale bénéficie rapidement de SOU sans paiement jusqu'à sa sortie où il lui est demandé une contribution financière réduite.

Pour la prise en charge globale d'une césarienne (hospitalisation et transport y compris) évaluée à 74 000FCFA en 2010, la patiente et sa famille ne payaient que 5 000 FCFA. (confère **ANNEXE V**)

Tableau I: Contribution des acteurs pour la prise en charge d'une césarienne en 2010.

Acteurs	Contributions (FCFA)
Patiente et famille	5 000
COGES et Structures confessionnelles	5 000
Collectivités locales	10 000
ECD (Ministère de la santé)	10 000
Etat (Subvention SONU)	44 000
Total	74 000

Cette contribution financière de la patiente et de sa famille a subi une évolution de 25 000 FCFA en 2005 à 5 000 FCFA en 2010(confère **ANNEXE IV**).

Sont compris dans ce forfait tous les frais en rapport avec l'intervention en urgence : le transport en ambulance depuis le centre de santé périphérique, l'intervention chirurgicale, les examens complémentaires, les soins post-opératoires pour la mère et son enfant pendant le séjour au CMA, l'hospitalisation, les pansements en ambulatoire jusqu'à cicatrisation.(confère **ANNEXE V**)

Les coûts directs de ce paquet étant partagés entre les différents acteurs sus-cités.

➤ **Principe du partage des coûts :** son objectif est d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes résidant dans le district sanitaire du secteur 30.

➤ **Les bénéficiaires ou public cible :**

Les bénéficiaires du système sont les femmes enceintes résidant dans l'aire sanitaire du district sanitaire du secteur 30.Les femmes « hors-district » bénéficient des mêmes soins mais devront payer 11 000 FCFA frais de soins fixés par l'Etat (confère **ANNEXE II et III**)

- **Les prestations :** les interventions prises en charge comprennent la césarienne, la laparotomie pour GEU ou RU, l'hystérectomie d'hémostase, la réparation de déchirures compliquées du col et du périnée nécessitant une anesthésie générale.

L'initiative du district de Bogodogo couvre tous les soins de la mère et du nouveau-né (transport, accouchement et soins post-partum) mais se limite aux SOU et/ou relatifs au pronostic vital.

Ce système de partage des coûts est géré à partir du district sanitaire et ne peut être mis en place sans la volonté de l'ECD et des autorités locales.

- **La détermination de la part de chaque acteur :** l'estimation de la contribution de chaque acteur passe essentiellement par quatre étapes :

- l'estimation du nombre d'interventions obstétricales majeures attendues sur une année dans la zone d'intervention
- l'estimation des coûts réels de l'intervention (confère **ANNEXE V**)
- le calcul de l'enveloppe globale du paquet (intervention) pour une année.
- la proposition de répartition des coûts entre les acteurs.

- **Gestion et suivi du SPC :**

- Un comité de suivi du projet composé des représentants des différents acteurs (20 membres) a été mis en place. Il se réunissait tous les 3 mois pour vérifier que la mise en œuvre du système de partage des coûts se passait selon les lignes directrices de la convention.
- Un comité restreint a été également mis en place au niveau du CMA du secteur 30. Il comprenait 7 membres qui se réunissaient tous les 15 jours et assuraient la gestion du système au quotidien. Il procédait à l'analyse

mensuelle des données et au suivi des contributions (lettres de rappel pour les COGES, contact avec les collectivités locales).

Le comité restreint s'était enrichi d'un éducateur social qui a pris fonction au CMA en juillet 2005. Il travaillait avec les acteurs du partage des coûts. Il a élaboré une grille de critères d'indigence pour mieux les identifier.

Un agent de recouvrement a été recruté en décembre 2005 ; il jouait un rôle capital dans le suivi des patientes incluses dans le système et dans le suivi des dépenses directes de santé.

En pratique, tous les matins, il recevait les dossiers des patientes opérées autorisées à sortir, et expliquait aux patientes ou à leurs familles le contenu des soins, précisait les coûts et indiquait le montant à payer.

Il saisissait cette opportunité pour expliquer le SPC en précisant l'identité des autres acteurs financiers. Après règlement du montant par la famille, il leur remettait la fiche de liaison post-opératoire qui permettra à la patiente de poursuivre les soins à titre externe.

De façon régulière, l'agent croisait les différents supports : fiches de prescription des infirmiers, registres du dépôt pharmaceutique, bilan des dépenses des soins post-opératoires. Ceci permettait de s'assurer que les protocoles opératoires étaient bien suivis et qu'il n'y avait pas de pertes de médicaments.

Il tenait le chef de service de la maternité informé des différentes anomalies observées et prenait les mesures correctrices requises en interpellant les acteurs concernés.

Une fiche de prescription individuelle était ouverte pour chaque femme opérée, on y notait tous les examens réalisés, les médicaments délivrés et actes opératoires exécutés. C'est du reste cette fiche qui permettait la délivrance des médicaments au dépôt pharmaceutique du CMA, il n'y avait plus

d'ordonnances données directement à la famille (sauf en cas de rupture de stock).

Il est important de noter que l'expérience du district sanitaire du secteur 30, en particulier le suivi des prescriptions lors de la prise en charge, a été utilisée par le ministère de la santé pour rédiger son guide de procédures et les outils de mise en œuvre de la subvention nationale.

L'ECD tout en s'appuyant sur l'expérience acquise par l'UNICEF dans les districts ruraux a su adapter le système au milieu urbain en ralliant les structures confessionnelles et les collectivités locales au partage des coûts et en introduisant ses propres outils de suivi (fiche individuelle de prescription).

II.2.2 Les autres initiatives de réduction des barrières financières au Burkina-Faso et en Afrique :

II.2.2.1 Expérience du district sanitaire de Diapaga : [11]

Dans la région de l'est, notamment à Diapaga, le SPC a été identifié comme alternative de financement des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence afin de les rendre plus accessibles. Depuis 2002, le système a été institué avec une évolution particulière.

➤ Description du système :

C'est un mécanisme de répartition des coûts entre différents acteurs dans le but d'amoindrir la charge financière de la patiente requérant des soins obstétricaux d'urgence. Les différents acteurs au début du système étaient représentés par le ministère de la santé et l'ECD, la Communauté représentée par les COGES et les patients.

L'effort s'est concentré sur les indications pour lesquelles une intervention majeure est sans conteste. L'ensemble de ces indications est appelée : indications maternelles absolues(IMA). Les IMA comprenaient : la rupture

utérine, la disproportion foeto-pelvienne, les présentations vicieuses (front, face et transverse), les hémorragies ante-partum (Hématome rétro-placentaire, Placenta prævia), l'éclampsie, les hémorragies incoercibles du post-partum nécessitant une hystérectomie.

Au vu des indications sus-citées, un certain nombre d'interventions chirurgicales ont été retenues. Elles comprenaient : la césarienne, la laparotomie pour suture de brèches utérines, l'hystérectomie, la version-extraction par manœuvre interne, les embryotomies.

Toutes ces interventions ont été retenues d'une part parcequ'elles permettaient d'éviter les décès maternels et d'autre part parcequ'elles étaient réalisées au CMA. Par ailleurs, d'autres interventions chirurgicales ont été prises en compte tout sexe confondu, il s'agit de l'hernie étranglée, de l'appendicite aigüe, de l'occlusion intestinale aigüe et de la péritonite.

➤ **Modalités du système :**

Le principe était basé sur l'adhésion et la contribution des COGES en fonction du nombre d'évacuations attendues et de la démographie de la population de la dite localité. Le patient contribuera à chaque intervention majeure (obstétricale ou non obstétricale) pour 19 000 FCFA au lieu de 67 480 FCFA coût réel d'une césarienne.

Quand à l'Etat, elle contribuera à l'entretien de l'ambulance et les consommables médicaux pour un montant de 21 680 FCFA (20 000 FCFA au compte du ministère de la santé et 1 680 FCFA au compte de l'ECD).

Un comité de pilotage assurait la gestion du système.

II.2.2.2 Le forfait obstétrical en Mauritanie : [34]

Le forfait obstétrical a démarré en 2002 à Nouakchott dans le cadre du projet « Maternité sans risque pour la wilaya de Nouakchott » soutenu

financièrement par le ministère français des affaires étrangères avec l'apport technique de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA. En 2001, le taux de mortalité maternelle en Mauritanie était estimé à 747 décès pour 100 000 naissances vivantes.

➤ **Description du système :**

Basé sur le principe du partage du risque, le forfait obstétrical correspondait à une cotisation de 22\$US réglée en une ou deux fois par la patiente au cours de sa grossesse permettant de couvrir les frais de l'ensemble des soins en rapport avec cette grossesse, quelque soit le déroulement, le mode d'accouchement et les complications immédiates éventuelles.

Toute patiente se présentant pour la première fois en CPN, était informée du choix qui lui était offert et des prestations liées au forfait ; elle pouvait choisir le paiement à l'acte et ne pas adhérer au forfait : dans ce cas, elle ne pourra plus bénéficier de ces avantages financiers pour la grossesse en cours mais les prestations offertes seront de même qualité.

Dans le cadre du forfait, étaient prises en charge pour chaque grossesse quatre CPN avec fourniture des traitements prophylactiques, un bilan biologique, une échographie au premier trimestre, les pathologies en rapport avec la grossesse, l'accouchement normal ou compliqué y compris la césarienne, le transfert en ambulance vers la maternité de référence en cas de nécessité, l'hospitalisation et la consultation post-natale.

➤ **Modalités du système :**

La mutualisation du risque telle qu'elle était réalisée par le forfait obstétrical permettait à toutes les femmes enceintes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse en cotisant pour la somme de 22\$US soit 2 à 10 fois moins que dans les autres maternités du service public.

Les complications et les interventions chirurgicales en rapport avec la grossesse étaient incluses dans l'offre de service.

Le tarif de 22\$US a été considéré comme le plus réaliste : il permettait le réapprovisionnement des consommables, il assurait au personnel des primes qui pouvaient permettre de doubler le salaire si l'activité était soutenue, il restait abordable pour l'immense majorité des parturientes qui payaient en moyenne, selon le tarif officiel inférieur au coût réel qui variait entre 14 et 33\$US pour un accouchement et environ 200\$US pour une césarienne.

Les recettes générées par les cotisations devaient :

- assurer le réapprovisionnement en médicaments et consommables ;
- aider au fonctionnement des structures de santé en compensation de la perte des recettes sur la vente des médicaments selon l'initiative de Bamako ;
- payer les gardes du personnel du bloc opératoire pour assurer des soins 24H/24 ; puis donner au personnel des maternités des primes destinées à compenser la perte des perceptions d'honoraires officielles.

➤ **Le comité de gestion et de suivi :**

- **Le comité de gestion** prenait connaissance de l'activité des services, des informations obtenues par le monitoring et des recettes générées par le système ; il validait les commandes de médicaments et consommables et la répartition des primes et contrôlait l'équilibre budgétaire.

Ce travail était préparé par le gestionnaire du forfait : chaque semaine, il collectait les recettes et en vérifiait la concordance avec les activités déclarées et les souches des carnets de reçu ; à la fin du mois, il présentait le bilan comptable au comité et payait les primes et les frais de fonctionnement. Après l'estimation des besoins en médicaments et consommables effectuée chaque mois par le pharmacien, il payait les commandes à partir d'un compte à triple signature.

- **Le comité de suivi** présidé par le préfet de la région, était le garant de la bonne gestion du système, de la transparence dans la gestion des recettes et des dépenses, de l'équité dans la répartition des primes et du respect de la charte des droits et devoirs signés par tous les prestataires.

II.2.2.3 Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement [34]

- **Description du système :**

Les mutuelles de santé pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement(MURIGA) prenaient en charge les coûts des services qui relevaient exclusivement du domaine de la maternité :

- le coût des soins des femmes enceintes et accouchées
 - les CPN (y compris les médicaments)
 - l'accouchement
 - les complications obstétricales (y compris l'hospitalisation et les médicaments)
- le coût du transport en cas de référence d'une structure sanitaire d'un niveau supérieur en cas de besoin

La priorité était dévolue aux complications obstétricales et au transport des femmes référées vers la structure de référence dont les frais étaient obligatoirement couverts par la MURIGA. La couverture des autres prestations (CPN, accouchement simple, consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans, planification familiale) et d'autres types de charges (accompagnement et nourriture) étaient déterminés par la communauté et dépendaient de la capacité contributive de la communauté.

➤ **Modalités d'adhésion :**

Il s'agissait des femmes en âge de procréer qui cotisaient durant l'année afin de prévenir les éventuelles difficultés liées à la grossesse et aux accouchements compliqués.

Le ménage constituait l'unité d'adhésion : les ménages cotisaient alors pour couvrir les soins maternels des femmes en âge de procréer appartenant à ces ménages. Adhérer à une MURIGA était une décision libre et volontaire. En général, cette décision était prise par le chef de ménage. L'adhésion à la MURIGA était concrétisée par l'achat du livret de membre qui octroyait le statut de membre de la MURIGA. Ce montant rentre dans la constitution du budget annuel de la MURIGA.

➤ **Modalités de détermination de la cotisation :**

La cotisation était demandée une fois par an, à la période des pics de revenus dans la localité. En milieu rural, c'est au moment des récoltes que les ménages disposaient de revenus importants.

La période de recouvrement des cotisations durait souvent deux mois.

Pour déterminer le montant de la cotisation, les initiateurs de la MURIGA se basaient sur le coût annuel des prestations et les frais de fonctionnement de l'organisation, notamment les frais de confection des outils de gestion. Ces deux éléments constituaient le budget annuel de la MURIGA. Le coût annuel des prestations concernait les frais sanitaires et le transport. Il était calculé en prenant en compte les paramètres suivants :

- le nombre de grossesses attendues
- le nombre de complications obstétricales
- le nombre de césariennes attendues

- le coût des prestations cliniques (césarienne, prise en charge des complications obstétricales et selon le choix : CPN, accouchement normal)
- le coût du transport des malades de leur localité vers la structure de référence (ambulance ou transport en commun par le syndicat des transporteurs) qui pouvait être estimé à 12€.

La cotisation annuelle par ménage variait environ entre 0,9 et 1,8€ par année alors que le coût de prise en charge d'une complication obstétricale y compris la césarienne variait entre 15 à 20€.

➤ **Gestion et suivi du système :**

La structuration des MURIGA était similaire à celle des mutuelles de santé classique : il y'avait un bureau exécutif et un comité de contrôle.

- **Le bureau exécutif** assurait la gestion courante de la mutuelle à savoir la gestion des adhésions, des cotisations, des subventions éventuelles et des prestations.
- **Le comité de contrôle** s'assurait de la conformité des activités de la MURIGA avec ses statuts et son règlement intérieur. Il vérifiait que les procédures de gestion étaient correctement suivies et veillait également à la bonne tenue de la comptabilité et de la transparence des opérations financières. Les membres désignés de ces organes sus-cités devaient bénéficier d'une grande confiance de la communauté et être alphabétisés ou scolarisés. Les fonds de la MURIGA, gérés par ses membres (comité de gestion composé de 5 à 10 membres) étaient déposés au crédit mutuel ou au crédit rural.

II.2.2.4 La politique de gratuité des soins obstétricaux au Sénégal : [10,34]

Le gouvernement du Sénégal a introduit la politique de gratuité des soins à l'accouchement et de la césarienne en janvier 2005 dans les établissements publics des cinq(5) régions les plus pauvres et en janvier 2006 dans d'autres régions.

Après une période préparatoire de six (6) mois, l'initiative a effectivement démarré le 1^{er} janvier 2005 pour les régions de Kolda et Ziguinchor, avant de s'étendre aux autres régions.

➤ Description du système :

Le paquet de soins comprenait : les accouchements normaux dans les centres de santé et les césariennes dans les hôpitaux de district et les hôpitaux régionaux. Le mécanisme de financement pour les accouchements normaux prenait la forme de kits comprenant des fournitures de base qui étaient distribuées via la pharmacie nationale d'approvisionnement. Pour les hôpitaux régionaux, 55000 FCFA (cout réel d'un césarienne) étaient versés à l'hôpital par césarienne ; versement fait en avance selon le nombre de césariennes attendues, mais si les estimations étaient dépassées, les frais de césariennes supplémentaires étaient remboursés à l'hôpital régional.

➤ Gestion et suivi du système :

Au plan national, un comité de coordination avait été mis en place pour superviser cette politique au sein du ministère de la santé.

Les dépenses totales faites pour assurer la politique de gratuité (mais en excluant les frais administratifs et le transport) s'étaient élevées à 1,18 millions de \$US pour la période 2005-2006. Ce montant représentait 10 % du budget national de la santé. Elle traduisait un engagement politique fort de l'Etat en faveur de la santé maternelle.

II – 3 Epidémiologie des interventions obstétricales majeures(IOM).

II.3.1 La césarienne :

- **Dans les pays développés :**

En France, le taux global de césariennes a été multiplié par 3 durant les 30 dernières années, passant de 6,1 % en 1972 à 10,8 % en 1981, et à 20,3 % en 2007 [24]. Ces changements sont comparables à ceux observés dans d'autres pays industrialisés, avec cependant des nuances. Les taux globaux de césariennes sont plus bas (< 16 %) dans les pays scandinaves et les Pays-Bas qu'en Allemagne, Autriche et Royaume Uni qui eux, sont proches des taux de la France. La Grèce et l'Italie en revanche ont des taux supérieurs à 30 % [18].

Aux Etats-Unis, le taux de césarienne est passé de 26 % en 2002 à 31 % en 2006 [18,26].

Au Brésil, les taux ont fluctué entre 1996 et 2002. Le taux moyen de césarienne en population est passé de 40,3 % en 1996 à 36,9 % en 1999, année du nombre le plus élevé de naissances pour la période considérée.

En 2002, ce taux était de 38,6 % avec cependant des disparités entre les régions [41].

- **Dans les pays en voie de développement :**

Le taux de césarienne est aussi en constante augmentation dans les pays en voie de développement mais reste faible par rapport à ceux des pays développés. En Afrique, les taux nationaux de césarienne restent encore à des niveaux très faibles. En Zambie, le taux de césarienne est passé de 1,9 % en 1996 à 3 % en 2007 [10]. Au Kenya, le taux est passé de 4 % en 2003 à 6,2 % en 2009 [16].

Au Bénin de 2,2 % en 1996, il est passé à 3,6 % en 2006 [14]. En Ouganda, le taux de césarienne (3,1 %) est resté stable entre 2000 et 2006 [40].

Au Burkina Faso par contre, le taux de césarienne a connu une légère baisse passant de 1,1 % en 1999 à 0,7 % en 2003 [15].

Cependant, il faut noter que dans les maternités de référence des centres hospitaliers universitaires des grandes villes noires africaines, l'évolution des taux de césariennes a tendance à connaître la même inflation que dans les pays développés [8].

Une étude portant sur l'évolution du taux de césarienne au CHU de Dakar a montré que ce taux est passé de 12 % en 1992 à 17,5 % en 1996 et à 25,2 % en 2001 [8]. Deux études réalisées au CHU-YO en 2000 et 2006 ont rapporté respectivement des taux de césarienne de 21,6 % et 34,3 % [17,30].

Au Bangladesh, le taux de césarienne est passé de 2,4 % en 2000 à 7,5 % en 2007 [26].

- **Coût de la césarienne :**

En Afrique, le coût d'une césarienne reste élevé par rapport aux revenus de la population. Au Sénégal, le coût direct d'une césarienne dans les hôpitaux publics tourne autour de 100 000 FCFA (150 €) [8] entièrement supporté par la patiente et sa famille, soit 20 fois le coût d'un accouchement normal.

A Madagascar, le coût de la prise en charge d'une césarienne au CHR de Toamasina s'élève à 250 000 Franc malgache (36€) [35]. Au Mali, le prix moyen au Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako est de 76 000 FCFA soit 3 fois le SMIC au Mali [39].

Au Bénin, à la maternité Lagune de Cotonou, le coût moyen d'une césarienne est de 90 973 FCFA soit presque 4 fois le SMIC [1].

II.3.2 La laparotomie pour GEU ou RU :

En Europe, et plus particulièrement en France, depuis 1988, on ne rencontre plus cette intervention [19]. Dans les pays développés, la coeliochirurgie a relégué au second plan la laparotomie qui reste toujours pratiquée en Afrique, avec une fréquence assez élevée. Les traitements médicaux (méthotrexate) et la coeliochirurgie de la GEU sont peu utilisés dans les pays africains, faute de moyens, mais surtout compte tenu de l'urgence dramatique ; la coeliochirurgie n'a pas son indication dans la prise en charge de la GEU rompue.

Dans les pays en voie de développement, la laparotomie reste le seul recours dans le traitement de la GEU en raison du diagnostic tardif au stade de rupture et de l'importance des lésions de l'appareil génital rencontrées.

Au Burkina Faso en 1998, les laparotomies pour indication obstétricale d'une manière générale représentaient 19,9 % des IOM [31].

II.3.3 L'hystérectomie d'hémostase :

C'est une intervention assez fréquente ; en 1998, NGOU et coll. ont trouvé une fréquence d'hystérectomie d'hémostase de 1,09 % [28].

Une étude rétrospective au CHU-SS de Bobo-Dioulasso a retrouvé un taux de 2,6 % [4].

III. OBJECTIFS

III.1 Objectif général :

Décrire les résultats de six années de mise en œuvre du système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales dans le district sanitaire de Bogodogo.

III.2 Objectifs spécifiques :

1. Préciser la provenance des bénéficiaires
2. Déterminer les complications obstétricales prises en charge dans le cadre du système de partage des coûts durant les six années.
3. Déterminer le niveau de contribution des acteurs.
4. Estimer le montant du passif de la contribution des acteurs.
5. Présenter les difficultés rencontrées dans l'offre de soins et dans la gestion dans le système de partage des coûts.
6. Apprécier la perception des acteurs de l'ECD sur le SPC.

IV. METHODOLOGIE

IV.1 Cadre de l'étude : [23,24]

Notre étude a eu pour cadre le CMA du secteur 30.

La région sanitaire du centre : Ouagadougou est divisée en cinq districts sanitaires (Bogodogo, Baskuy, Boulmiougou, Nongr-Masson et Signonghin). Le CMA du secteur 30 est l'hôpital du district sanitaire de Bogodogo ; il est situé au sein de l'arrondissement du même nom. Mais son aire sanitaire s'étend bien au-delà, prenant en compte les départements de Koubri et Saaba. Le district sanitaire de Bogodogo, créé en 2007, couvre les limites territoriales de l'ex-district sanitaire du secteur 30 sans la commune rurale de Komsilga qui a été détachée de l'arrondissement de Bogodogo en 2008 et rattachée administrativement à l'arrondissement de Boulmiougou.

Il s'étend sur une superficie de 1200 km² et est situé dans la zone sud-est de la province du Kadiogo. Il comprend l'arrondissement de Bogodogo qui fait partie de la commune de Ouagadougou et les communes rurales de Saaba (23 villages) et de Koubri (25 villages). Le centre de santé le plus éloigné est situé à 60 km de l'hôpital de référence. Il faut noter qu'une partie du secteur 13 (Zone de l'Université de Ouagadougou) est rattachée au district sanitaire de Bogodogo.

Le district sanitaire de Bogodogo a une population estimée à 643 038 habitants en 2011 ; les femmes représentent 52 % soit 334 380 femmes. La population est à 74% urbaine. Il comptait 27 CSPS en 2010 et les femmes en âge de procréer sont estimées à 154 091 (source plan d'action).

Le CMA du secteur 30 est le fruit de la coopération entre le Burkina et l'Italie. En effet, il est fonctionnel depuis le 26 mars 1997 avec trois services au départ (CM, SMI, Dépôt MEG), puis ses structures se sont augmentées progressivement. Il est doté : d'un laboratoire, d'un service d'imagerie médicale, d'un bloc opératoire à deux salles opérationnelles. Il offre des

services variés, des consultations de médecine générale, de chirurgie, de pédiatrie, de gynécologie obstétrique, de santé mentale, d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie, de santé et sécurité au travail, de cardiologie et de psychologie clinique. Le CMA ou l'hôpital du district sanitaire de Bogodogo s'intègre dans le système sanitaire national du Burkina.

L'hôpital du district sanitaire de Bogodogo est l'un des quatre CMA de la région sanitaire du centre. Il s'agit d'un véritable CMA «atypique» visant à désengorger le CHU-YO. Il est le centre de référence des formations sanitaires publiques et confessionnelles que compte le district sanitaire.

Le service de Gynécologie et d'obstétrique est fonctionnel depuis l'ouverture du CMA mais il a commencé ses activités chirurgicales le 1^{er} août 2003. Ce service a connu d'importantes mutations et a par ailleurs bénéficié de l'instauration d'un système de fonds de solidarité pour la prise en charge des SOU appelé système de partage des coûts débuté le 05 janvier 2005.

Il comprend :

- une unité de planification familiale
- une salle d'accouchement avec 04 tables d'examen
- 04 salles d'hospitalisation totalisant 24 lits
- un bloc opératoire comportant 02 salles d'intervention appartenant aussi au service de chirurgie.
- une unité de soins post-abortum
- des bureaux pour les consultations externes des médecins
- un bureau ou section de suivi de la mise en œuvre du SPC.

Le personnel est composé de :

- 05 médecins gynécologues obstétriciens dont un chef de service
- 24 sages-femmes et maïeuticiens d'Etat
- 22 aides opérateurs et anesthésistes

-08 infirmiers

-05 filles de salles.

IV.2 Type et population d'étude :

Notre étude comportait deux volets :

- un volet rétrospectif qui a porté sur l'exploitation des données sur la prise en charge des urgences obstétricales à partir des rapports de comité de suivi, de la base de données informatisées sur la gestion des dépenses de santé.
- un volet transversal qui a permis de s'entretenir avec l'ECD.

IV.3 La collecte et l'analyse des données :

Les données ont été recueillies à partir de la base de données électronique de gestion du système de partage des coûts.

Les données ont été saisies sur un micro-ordinateur et analysées à l'aide du logiciel Epi-info en version française.

Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes admises pour une urgence obstétricale ou chirurgie réglée et ayant bénéficié du système de partage des coûts du 05/01/2005 au 31/12/2010 au CMA du secteur 30 et les membres de l'ECD.

Critères de non-inclusion :

Toutes les femmes transférées au CHU-YO au cours du travail pour diverses raisons.

IV.4 Variables :

Elles ont été constituées par :

- les caractères socio-démographiques des femmes bénéficiaires (effectif, provenance)
- les pathologies obstétricales
- les éléments de pronostic maternel et foetal
- les dépenses de santé
- le taux de recouvrement des acteurs
- les perceptions de la politique du SPC des acteurs de l'ECD

IV.5 Considérations éthiques et déontologiques

Pour une question d'éthique, nous avons demandé et obtenu l'autorisation des autorités de la santé.

IV.6 Définitions opérationnelles :

-La référence en urgence(ou classiquement évacuation sanitaire) est le transfert en urgence d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre ayant un plateau technique élevé avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation. Elle se justifie quand la vie de la patiente est mise en danger et réclame une prise en charge rapide.

-La contre-référence est le renvoi de l'information avec ou sans le patient, de la structure de référence à celle ayant référée. Cette information contient l'essentiel des éléments portant sur le diagnostic, la prise en charge effectuée et le suivi éventuel.

-Le forfait ou tarif préférentiel représente la contribution financière réduite de toute femme résidant dans l'aire de couverture du district sanitaire de Bogodogo ayant bénéficié de SOU.

-Le taux de létalité post-opératoire est le rapport entre le nombre de décès per et/ou post-opératoires et le nombre d'interventions obstétricales majeures observées durant l'année.

-Le taux de létalité des complications obstétricales est le rapport entre le nombre de décès maternels de causes obstétricales directes et le nombre de complications obstétricales directes durant l'année. Le taux de létalité obstétricale est une mesure de l'efficacité des soins obstétricaux essentiels au niveau d'un service. C'est un indicateur de qualité des services.

- Le taux d'intervention obstétricale majeure** : se mesure en rapportant le nombre d'interventions obstétricales majeures sur les naissances attendues dans la localité sur une année.
- Les prévisions** : représentent la somme attendue de chaque acteur du SPC selon les conventions signées.
- Les contributions** : représentent la somme effectivement versée et reçue(en espèce et nature) au compte du système de partage des coûts par les acteurs concernés.
- Taux de recouvrement des contributions** : pourcentage de la somme effectivement versée et reçue.
- Taux d'absorption** : représente le pourcentage de dépenses pour l'acquisition des MEG post-opératoires, kit et autres consommables pour la prise en charge des IOM.
- Déficit cumulé** : représente le solde négatif accumulé depuis 2005 à 2010 dû au recouvrement partiel ou faible des contributions. C'est la situation classique où les recettes sont inférieures aux dépenses ;

V-RESULTATS

V.1 - Provenance des bénéficiaires

Au cours de la période d'étude, 4481 interventions obstétricales majeures (IOM) ont été réalisées.

Trois mille cinq cent quatre vingt un (3581) soit 80 % de femmes provenaient de l'aire de responsabilité du district sanitaire de Bogodogo ; 20 % des femmes étaient hors-district.

Le tableau II présente la répartition des femmes selon la provenance.

Tableau II: Répartition des femmes selon la provenance entre 2005 et 2010 (n=4481)

Provenance	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
-District sanitaire de Bogodogo	3581	80
* Arrondissement de Bogodogo	3208	71,6
*Commune rurale de Saaba	196	4,4
*Commune rurale de Koubri	118	2,7
*Commune rurale de Komsilga	59	1,3
-Hors-district	900	20
Total	4481	100

V.2- Références :

V.2.1- Références et contre-références :

De 2005 à 2010, il a été enregistré près de 3636 références en urgence des patientes des CSPS et CM vers le CMA soit une moyenne annuelle de 606 références.

Les contre-références (rétro-informations) durant cette période variaient entre 97 % et 99 % soit une moyenne de 98 %.

La figure 1 montre l'évolution des références et contre-références durant la période 2005-2010 dans le district sanitaire du secteur 30.

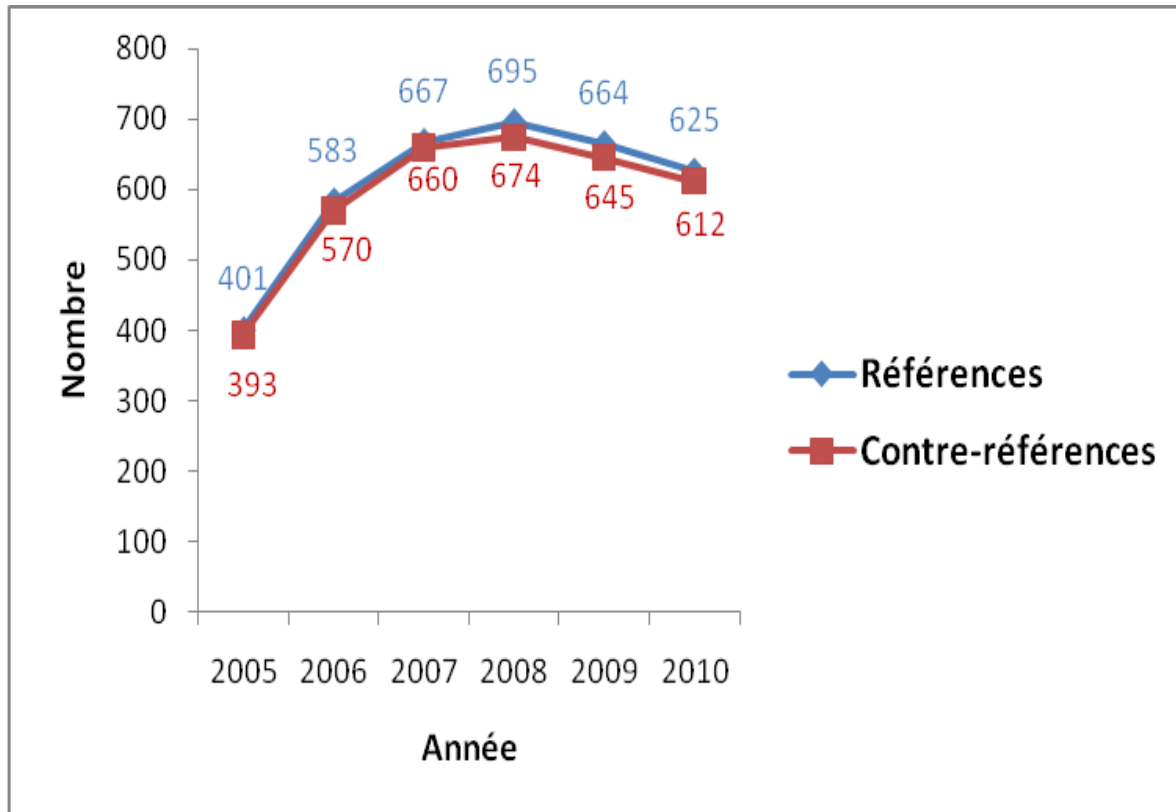


Figure 1 : Evolution des références et contre-références des patientes.

V.2.2 - Provenance des références :

La majorité des références (97 %) provenaient de la zone du district sanitaire du secteur 30.

Le tableau III présente l'origine des références durant la période 2005-2010.

Tableau III: Répartition des patientes référées selon la provenance (n=3636)

Origine de la référence	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
-District sanitaire de Bogodogo	3526	97
*Arrondissement de Bogodogo	3053	84
*Commune rurale de Saaba	254	7
*Commune rurale de Koubri	145	4
*Commune rurale de Komsilga	73	2
-Hors-district	110	3
Total	3636	100

V.2.3 - Références et admissions :

De 9,6 % en 2005, les références constituaient en 2010, 15,15 % des admissions totales en maternité soit une moyenne totale de 16,07 % durant cette période.

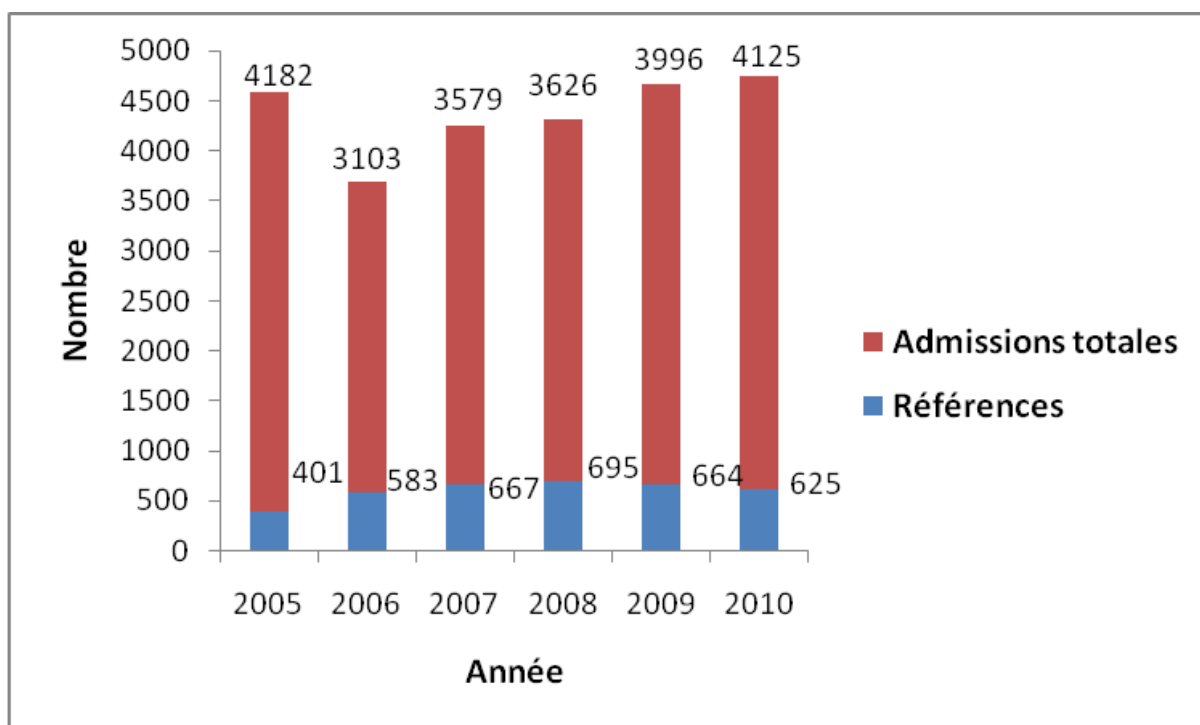


Figure 2: Evolution des références par rapport aux admissions totales des femmes.

V.2.4 – Références et évacuations :

De 2005 à 2010, 1340 évacuations vers le CHU-YO ont été enregistrées soit une moyenne de 228 évacuations par an.

Les évacuations constituaient 36,40 % des références en 2005 et en 2010 47,04 %. La figure 3 illustre cette évolution.

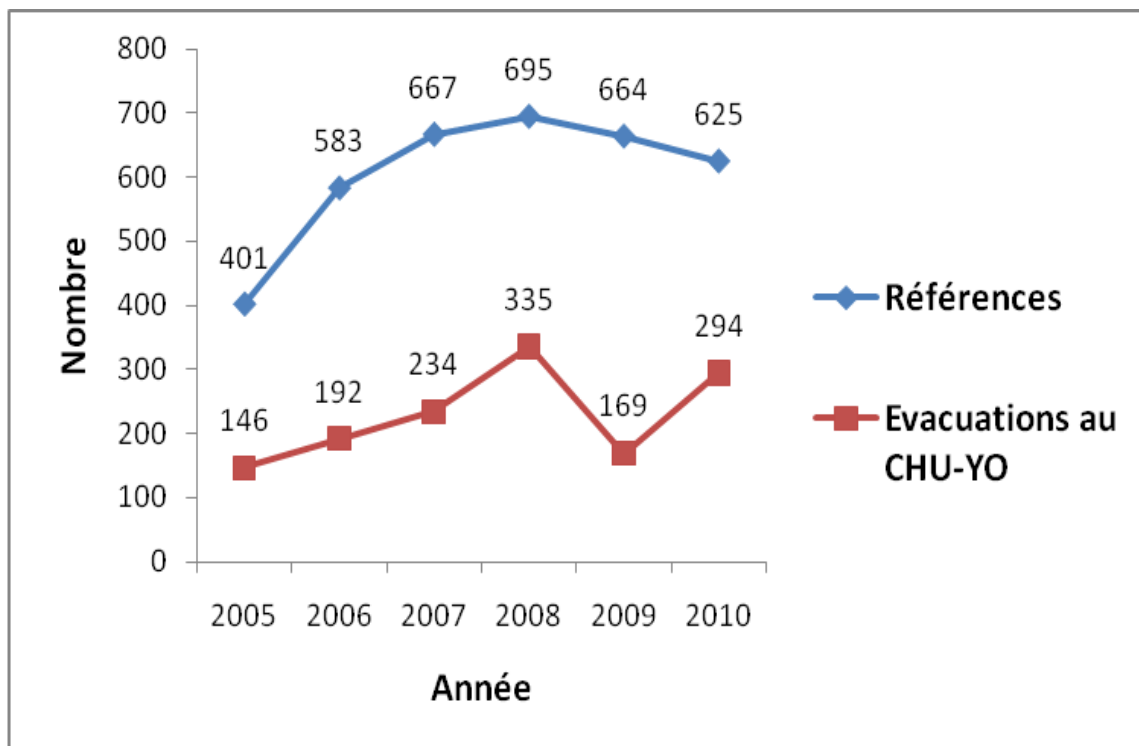


Figure 3: Evolution des évacuations au CHU-YO par rapport aux références des femmes.

V.3 - Les différentes indications des interventions obstétricales majeures :

Dans notre série, la souffrance fœtale était l'indication opératoire la plus posée avec 26,2 % des cas.

Le tableau IV montre la répartition des différentes indications pour IOM.

Tableau IV: Répartition des différentes indications pour IOM de 2005 à 2010 (n=4481)

Indications pour IOM	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Souffrance fœtale	1179	26,2
Disproportion foeto-pelvienne	882	19,7
Pré-éclampsie/Eclampsie	518	11,6
Dystocie dynamique irréductible	345	7,7
Présentations anormales	314	7
Rupture prématurée des membranes	204	4,6
Placenta prævia hémorragique	205	4,6
Hématome rétro-placentaire	126	2,9
Rupture utérine	50	1,1
Grossesse extra-utérine	250	5,5
Déchirures compliquées du col et du périnée	80	1,8
Autres	328	7,3
Total	4481	100

V.4 - Répartition des différentes IOM :

V.4.1 - Proportion des interventions obstétricales majeures :

De 2005 à 2010, 4091 césariennes ont été pratiquées au CMA du secteur 30 soit 91,3 % des interventions obstétricales majeures.

Le tableau V présente la proportion des césariennes et des autres interventions obstétricales majeures au CMA du secteur 30.

Tableau V: Répartition selon le type d'IOM réalisées au CMA du secteur 30 de 2005 – 2010 (n=4481)

Intervention	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
obstétricale majeure		
Césarienne	4091	91,3
Laparo Rupture utérine	50	1,2
Laparo GEU	250	5,6
Hystérectomie d'hémostase	10	0,2
Réparation de déchirures compliquées du col et du périnée	80	1,7
Total	4481	100

V.4.2 - Fréquence des césariennes :

Le tableau VI ci-dessous met en exergue le taux de césarienne durant cette période.

Tableau VI: Taux de césarienne dans la population du district sanitaire de Bogodogo

Année	Naissances attendues	Césarienne	Fréquence
2005	16 342	511	3,1
2006	16 750	661	3,94
2007	18 510	736	3,97
2008	20 370	788	3,86
2009	20 200	725	3,5
2010	20 766	670	3,22
Total	112 938	4091	3,22

V.4.3 - Couverture en interventions obstétricales majeures :

Le taux d'interventions obstétricales majeures est passé de 3,31 % en 2005 année du début du système de partage des coûts à 3,69 % en 2010 soit une moyenne de 3,95 %.

Le tableau VII présente l'évolution durant la dite période

Tableau VII: Evolution du taux de couverture en interventions obstétricales majeures

Année	Naissances attendues	IOM réalisées	Taux d'IOM
2005	16 342	542	3,31
2006	16 750	724	4,32
2007	18 510	808	4,36
2008	20 370	836	4,1
2009	20 200	805	3,9
2010	20 766	766	3,69
Total	112 938	4481	3,95

V.5 - Utilisation des services transfusionnels :

Nous avons enregistré de 2005 à 2010 près de 279 cas de demande de transfusions sanguine par rapport aux 4481 interventions obstétricales majeures réalisées. Nous avons noté que 190 cas de demande ont pu être effectivement satisfaits soit une moyenne de transfusion effectivement réalisée de 68,10 %.

Le tableau VIII présente l'évolution du besoin transfusionnel

Tableau VIII : Evolution du besoin transfusionnel des patientes opérées.

Année	Besoin exprimé	Transfusion faite	Pourcentage(%)
2005	40	20	0,5
2006	35	25	71,42
2007	65	40	61,53
2008	45	30	66,66
2009	56	48	85,71
2010	38	32	84,21
Total	279	190	68,10

V.6 – Pronostic materno-foetal :

V.6.1 - Pronostic maternel :

➤ **Le taux de létalité des complications obstétricales :**

De 2005 à 2010, ce sont 4481 interventions obstétricales majeures qui ont été réalisées au CMA du secteur 30. Il a été enregistré 74 décès maternels de causes obstétricales directes durant la dite période.

Le taux de létalité pour complication obstétricale est passé de 1,3 % en 2005 à 2 % en 2010.

Le tableau IX donne l'évolution du taux de létalité des complications obstétricales selon les années.

Tableau IX : Evolution du taux de létalité des complications obstétricales de 2005-2010.

Année	Décès maternels de Causes obstétricales directes	Complications obstétricales directes	Taux de létalité des complications obstétricales(%)
2005	07	522	1,3
2006	12	736	1,6
2007	17	657	2,6
2008	13	744	1,7
2009	11	524	2,1
2010	14	735	2
Total	74	3918	1,8

➤ **Complications per et post-opératoires :**

Parmi les complications per et post-opératoires, l'hémorragie était en cause avec 62 cas soit un taux de 60,78 %.

Le tableau X donne la répartition des complications per et post-opératoires durant notre période d'étude.

Tableau X: Répartition des complications per et post-opératoires des patientes (n=102)

Type de complication	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Hémorragie	62	60,78
Infection	22	21,78
Lâchage de suture	10	9,80
Accident anesthésique	8	7,84
Total	102	100

➤ **Le taux de létalité post-opératoire :**

Le taux de létalité post-opératoire variait entre 0,55 % en 2005 et 0,39 % en 2010 soit une moyenne de 0,56 %. Durant notre période d'étude, 99,31 % des femmes ayant subi une IOM ont eu une issue favorable et sont sorties vivantes. 25 patientes opérées sont décédées soit 0,69 %.

Les principales causes de décès étaient représentées par l'hémorragie avec 16 cas soit 64 % et l'infection avec 5 cas soit 20 %.

Le tableau XI présente l'évolution pendant cette période

Tableau XI: Causes des décès per et ou postopératoires selon l'année

Causes de décès	2005 n=542	2006 n=724	2007 n=808	2008 n=836	2009 n=805	2010 n=766	2005-2010 n=4481
Hémorragie	1	5	5	3	0	2	16
Infection	1	0	0	1	2	1	5
Accident transfusionnel	1	0	0	0	0	0	1
Eclampsie	0	2	0	0	1	0	3
Total	3	7	5	4	3	3	25
Létalité post-opératoire (%)	0,55	0,97	0,62	0,48	0,37	0,39	0,56

V.6.2 - Pronostic foetal :

Durant cette période d'étude où il a été réalisé 4091 césariennes, nous avons enregistré 7 enfants décédés dans les 24 heures (soit 0,2 %) et 129 mort-nés soit un taux de 2,9 %. La mortalité a donc concerné 136 enfants soit 3,1 %.

Tableau XII: Répartition des nouveaux-nés selon l'état à la naissance entre 2005 et 2010 (n=4391)

Etat de l'enfant à la naissance	Effectifs(n)	Pourcentage(%)
Né vivant/sortie vivant	4255	96,9
Mort-nés	129	2,9
Né vivant et décédés dans les 24H	7	0,2
Total	4391	100

V.7 Comparaison entre coût réel et forfait

Le coût réel d'une intervention chirurgicale obstétricale était passé de 76 000 FCFA en 2005 à 74 000 FCFA en 2010.

Le forfait ou tarif préférentiel représenté par la contribution financière de toute femme enceinte résidant dans l'aire de responsabilité du secteur 30 est passé de 25 000 FCFA en 2005 à 5 000 FCFA à 2010.

Le tableau XIII ci-dessous présente l'évolution du forfait.

Tableau XIII : Evolution du coût réel et du forfait d'une césarienne

Année	Coût réel en FCFA	Coût forfait en FCFA	Pourcentage de la contribution par rapport au coût réel (%)
2005	76 000	25 000	32,89
2006	76 000	25 000	32,89
2007	83 000	6 000	7,23
2008	83 000	6 000	7,23
2009	74 000	5 000	6,76
2010	74 000	5 000	6,76

V.8 Gestion financière du système :

V.8.1 Contribution des acteurs du système :

Durant les six années d'étude, le taux de contribution ou de recouvrement des patientes était de 90,14 % ; il est passé de 78,76 % en 2005 à 87,72 % en 2010. La moyenne du taux de contribution de tous les acteurs durant notre période d'étude était estimée à 76,21 %.

La contribution des collectivités locales (mairies, Haut-commissariat...) durant ces six ans était estimée à 49,8 %.

Les tableaux XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX résument les niveaux de contributions des différents acteurs de 2005-2010.

Tableau XIV : Contributions des acteurs du SPC en 2005

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement(%)
Patiente	13 450 000	10 594 500	78,76
COGES	4 304 000	3 585 765	83,31
ECD	11 298 000	8 925 000	78,99
Collectivités	3 640 000	3 620 000	99,45
Total	39 812 000	32 725 265	82,19

Tableau XV: Contributions des acteurs du SPC en 2006

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement(%)
Patiente	14 825 000	9 910 000	69,25
COGES	4 744 000	3 802 121	80,13
ECD	12 453 000	9 759 465	78,37
Collectivités	11 860 000	2 899 515	24,44
Etat(SONU)	-	-	-
Total	43 882 000	26 371 101	60,09

Tableau XVI: Contributions des acteurs du SPC en 2007

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement
Patiente	3 792 000	3 743 000	98,70
COGES	3 792 000	2 930 500	77,28
ECD	8 708 960	7 082 290	81,32
Collectivités	8 216 000	2 044 260	24,88
Etat(SONU)	22 808 000	35 552 000	127,84
Total	47 316 960	51 352 050	108,52

Tableau XVII : Contributions des acteurs du SPC en 2008

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement(%)
Patiente	4 476 000	3 872 850	86,52
COGES	4 476 000	4 266 604	95,32
ECD	10 444 000	9 843 340	94,24
Collectivités	10 444 000	2 860 203	27,38
Etat(SONU)	27 353 040	29 034 354	106,14
Total	57 193 040	50 930 351	89,04

Tableau XVIII : Contributions des acteurs du SPC en 2009 :

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement(%)
Patiente	4 205 000	4 137 000	98,38
COGES	4 205 000	1 798 750	42,77
ECD	8 410 000	9 955 007	118,37
Collectivités	8 410 000	5 778 874	68,71
Etat(SONU)	37 004 000	32 340 000	87,39
Total	62234000	55 758 631	89,59

Tableau XIX : Contributions des acteurs du SPC en 2010

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement(%)
Patiente	4 294 200	3 767 000	87,72
COGES	4 294 200	4 809 269	112
ECD	8 281 710	9 999 449	120,74
Collectivités	8 281 710	5 295 441	63,94
Etat(SONU)	36 194 140	32 824 000	90,68
Total	61 345 960	56 695 159	92,42

Tableau XX: Contributions des acteurs du SPC entre 2005 et 2010

Acteurs	Prévisions(FCFA)	Contributions(FCFA)	Recouvrement(%)
Patiente	45 042 200	40 599 350	90,14
COGES	25 815 200	21 193 009	82,1
ECD	59 595 670	55 564 551	93,24
Collectivités	57 225 710	28 497 793	49,8
Etat(SONU)	139 946 140	103 835 600	74,2
Total	327 624 920	249 690 303	76,21

Tableau XXI: Répartition récapitulative du taux de recouvrement ou taux de contribution en pourcentage (%) selon les années.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005-2010
Patiente	78,76	69,25	98,70	86,52	98,38	87,72	90,14
COGES	83,31	80,13	77,28	95,32	42,77	112	82,1
ECD	78,99	78,37	81,32	94,24	118,37	120,74	93,24
Collectivités	99,45	24,44	24,88	27,38	68,71	63,94	49,8
Etat(SONU)	-	-	127,84	106,14	87,39	90,68	74,2
Total	82,19	60,09	108,52	89,04	89,59	92,42	76,21

V.8.2 Estimation des dépenses effectuées pour la prise en charge des urgences obstétricales(ou taux d'absorption des contributions) :

- De 2005 à 2010, environ 301 038 134 FCFA ont été affectés aux dépenses d'acquisitions de médicaments essentiels génériques post-opératoires, de kits opératoires, de consommables et produits anesthésiques, de carburant et d'entretien de l'ambulance.

Ces dépenses qui comprenaient les coûts directs relatif à la santé (médicaments, kits, actes, examens, transport...) et les coûts indirects (entretien de l'ambulance, frais personnel...) ont absorbés environ 105,31 % des contributions durant la dite période.

Tableau XXII: Evolution du taux d'absorption des contributions des acteurs.

Année	Contributions en FCFA	Dépenses en FCFA	Taux d'absorption (%)
2005	33 625 265	39 601 711	118
2006	34 092 535	30 403 674	89
2007	52 736 865	61 976 352	118
2008	53 947 611	61 976 352	114
2009	54 758 631	56 143 151	103
2010	56 695 159	51 547 144	90,9
Total	285 856 066	301 038 134	105,31

➤ **Les dépenses de santé**

Le tableau XXIII illustre les dépenses de santé (acte, kit, examens, hospitalisations, MEG post-opératoires, transport) durant les six années c'est-à-dire de 2005 à 2010.

Les dépenses de santé en kits opératoires et en MEG post-opératoires représentaient les plus gros budgets de dépenses du district et étaient estimées respectivement à 42,05% et 29,04%.

Tableau XXIII : Répartition des dépenses de santé entre 2005 et 2010.

Actes tarifaires	Dépenses de santé en FCFA	Pourcentage (%)
Acte	34 570 450	17,1
Kit	85 018 002	42,05
Examens complémentaires	3 938 410	1,9
Hospitalisations	16 750 692	8,28
MEG post-opératoires	58 727 956	29,04
Transport	3 170 440	1,56
Total	202 175 980	100

➤ **Déficit cumulé depuis 2005 à 2010(ou montant passif de 2010) :**

Le déficit cumulé au fil des années c'est-à-dire depuis 2005 à 2010 était estimé à 15 182 068 FCFA.

Tableau XXIV: Estimation du montant passif en 2010

Année	Déficit cumulé en FCFA
2005	5 976 446
2006	2 287 585
2007	7 025 898
2008	18 945 563
2009	20 330 083
2010	15 182 068

V.9 Perceptions des membres de l'ECD sur le SPC :

V.9.1 Difficultés rencontrées dans la gestion du système

V.9.1.1 Difficultés énumérées dans l'offre de soins

- **2006** : - ruptures de stocks de produits essentiels dûes aux ruptures au niveau de la CAMEG
-insuffisance notoire en personnel de soutien, en attachés de santé en chirurgie et en technicien de laboratoire.
- **2007** : - insuffisance en personnel qualifié (Gynécologues, sages-femmes, infirmiers)
-non-disponibilité permanente des produits sanguins et absence de banque de sang au CMA.
-rupture d'oxygène
-panne des machines à laver, boîtes d'accouchement usagées.
- **2008** : - non-disponibilité permanente des produits sanguins et absence de banque de sang
-panne d'autoclave répétitive
-usure des équipements au bloc opératoire et en salle d'accouchement
- **2009** : - panne des machines à laver
 - rupture fréquente de champs stériles
 - instruments vétustes.
- **2010** : - personnel de soutien insuffisant
 - panne de la machine à sécher le linge
 - rupture totale de produits anesthésiques avec évacuation de toutes les femmes
 - usure des équipements au bloc opératoire et en salle d'accouchement

V.9.1.2 Difficultés énumérées dans la gestion financière du système :

- ✓ **2006** :- non-paiement de la totalité ou remise d'une partie de la contribution par certains acteurs (surtout COGES et structures confessionnelle)
 - absence de financement pour renforcer la mobilisation sociale
- ✓ **2007** :- pannes d'ambulance fréquente
 - problème de financement d'étude sur les BONC
 - problème de financement de suivi des femmes évacuées au CHU-YO
 - difficulté de recouvrement des contributions
 - problème de fonctionnement du comité restreint
 - insuffisance d'appropriation et mobilisation de la communauté
 - comportement malveillant de certains agents (kits disparus ou incomplets)
 - plan de communication non mis en œuvre depuis l'avènement de la subvention nationale SONU
- ✓ **2008** :- difficulté de fonctionnement du comité restreint
 - problème de recouvrement des contributions
 - comportement malveillant de certains agents (kits disparus ou incomplets)
 - demande de clarification de la DSF de la contribution du système de partage des coûts dans la subvention SONU
- ✓ **2009** :- difficulté de fonctionnement du comité restreint
 - problème de recouvrement des contributions
 - comportement malveillant de certains agents (kits disparus ou incomplets)

- ✓ **2010** :- problème de recouvrement des contributions (non-respect de l'engagement par les partenaires d'où système en péril)
 - non prise en compte des charges indirectes (entretien ambulance, frais personnel) par la subvention SONU

V.9.2 Interview ou entretien avec des membres de l'ECD sur leur perception du SPC :

Les entretiens réalisés avec les membres de l'ECD notamment sa partie administrative (MCD adjoint, responsable administratif et financier, surveillant épidémiologiste) font ressortir la pertinence de l'initiative du SPC en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et l'intérêt de la rendre pérenne nonobstant les difficultés rencontrées.

- ❖ Concernant le faible taux de contribution des collectivités locales, il ressort que le problème est lié à un manque de communication et de sensibilisation entre les différentes structures. Pour le responsable administratif et financier(RAF), la Mairie de Ouagadougou vote son budget annuel en fin d'année et ceci constitue le moment favorable pour sensibiliser sur le SPC et l'interpeller sur ses promesses de contribution.
- ❖ Par rapport à l'usure du matériel du bloc opératoire, de la panne fréquente de l'autoclave, du manque du personnel de soutien ; il ressort que depuis le retrait de la coopération italienne en 2005 ce problème est récurrent et joue effectivement sur la qualité et la capacité de la prise en charge obstétricale. La solution préconisée est de plaider inlassablement auprès de l'Etat et des partenaires financiers pour un appui d'autant plus que selon eux le CMA du 30 est très attractif et joue le rôle d'un CHR.
- ❖ Pour le RAF, le système n'est pas en péril, même s'il est vrai que le niveau de contributions est faible surtout avec les collectivités mais poursuit-il

l'estimation du montant passif en 2010 montre une baisse. Cela est encourageant pour lui et il faut poursuivre la communication et la sensibilisation pour améliorer le taux de recouvrement. Pour lui, le SPC contribue énormément à la réduction des barrières financières à l'accès aux SONU et de ce fait à la réduction de la mortalité maternelle. Il termine en paraphrasant « on offre aux femmes le maximum en leur demandant le minimum au CMA du secteur 30 »

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI.1 Limites de l'étude :

Notre étude comporte des limites en raison de son caractère rétrospectif : la réalisation de ce travail a nécessité l'utilisation de données statistiques rétrospectives sur la base de données électroniques.

Notre étude dans est une première dans ce sens qu'elle permet de faire le bilan d'un système de partage des coûts permettant l'accessibilité des populations aux soins obstétricaux d'urgence.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus nous ont permis de faire des commentaires et de mener une discussion.

VI.2 - Provenance des bénéficiaires :

La plupart des patientes de notre série (80 %) provenaient de l'aire de responsabilité du district sanitaire du secteur 30 et ont bénéficié du tarif préférentiel.

Ce constat a été aussi fait par Renaudin en Mauritanie [34] qui a retrouvé un résultat proche de 81,3 % de patientes provenant de la zone de tarif préférentiel.

Dans notre contexte, ceci pourrait s'expliquer par le fait que le succès de l'initiative du SPC est indiscutable au sein de la population du district sanitaire de Bogodogo (accès financier majeur du SPC), en témoigne le nombre de patientes et d'activités chirurgicales et obstétricales croissant depuis 2005.

VI.3 - Références :

VI.3.1 - Références et contre-références :

Le taux de contre-références durant la période d'étude oscillait entre 97 et 99 %, soit une moyenne de 98 % toujours proche de 100 %.

Ce résultat est supérieur à celui de Djiguemdé au Burkina Faso [11] qui rapportait un taux de contre-références qui variait de 5 % en 2000 à 61 % en 2004 soit une moyenne de 42 % durant la période 2002-2004.

Ce résultat performant de 98 % pourrait s'expliquer par l'initiative du projet AQUASOU débuté en 2003 qui a permis une formation soutenue aux critères et modalités de référence et contre-référence (fiches de référence/contre-référence utilisées à partir de 2004) et une amélioration de la communication entre les différents échelons du système sanitaire.

Le système de référence et contre-référence améliore la formation continue des agents et l'accessibilité aux soins d'urgence en particulier par la réduction du délai de prise en charge du patient à tous les échelons du système sanitaire.

VI.3.2 - Provenance des références :

La majorité des références (97 %) provenaient de la zone du district sanitaire du secteur 30.

Ce constat est le simple fait de la formation continue des agents de santé aux critères et modalités de référence (instauration de fichiers de référence et de contre-références à partir de mars 2004) à travers les supervisions, le monitoring-évaluation et l'amélioration du système de communication entre les échelons du système sanitaire (ambulance, radio autonome de communication).

VI.3.3 - Références et admissions :

De 9,6 % en 2005, les références constituaient en 2010, 15,15 % des admissions soit une moyenne de 16,07 %.

Avec l'accès financier majeur qu'offre le système de partage des coûts initié en 2005, l'accessibilité financière par la subvention nationale des SONU en 2006 et la sensibilisation de la communauté, le nombre d'admissions a

considérablement augmenté au CMA du secteur 30 faisant de ce centre un véritable centre de référence.

VI.3.4 - Références et évacuations :

De 2005 à 2010, 1340 évacuations vers le CHU-YO ont été enregistrées.

Les évacuations par rapport aux références ont connu une hausse de 36,40% en 2005 à 48,20 % en 2008 puis une baisse avant de se stabiliser à 47,04 % en 2010.

Cette variation s'expliquerait par la rupture régulière de produits anesthésiques en certaines périodes, le manque de produits sanguins, les pannes d'autoclaves répétitives, rupture de champs stériles, la non-disponibilité de l'équipe chirurgicale (anesthésiste ou gynécologue); ce qui aurait motivé les soignants à évacuer les patientes au CHU-YO.

VI.4 Différentes indications des IOM :

Les complications de la grossesse et de l'accouchement étaient dominées par la souffrance foetale avec 26,2 % ; elle était suivie respectivement par la disproportion foeto-pelvienne (19,7 %) et de la préclampsie/éclampsie (11,6 %).

Ces 3 indications d'IOM sus-cités constituent à elles seules la majorité des complications survenant au cours de la grossesse et de l'accouchement et représentent les principales indications de césarienne durant notre période d'étude.

VI.5 - Proportion des différentes IOM :

- ❖ **Les césariennes** représentaient 91,3 % du total des interventions obstétricales majeures réalisées au CMA du secteur 30 durant les six ans.

Le même constat a été fait par Djiguemdé au Burkina Faso [11] qui a retrouvé un taux de 91,16 % de césariennes parmi les interventions urgentes entre 2002 et 2004.

La césarienne est l'intervention la plus banale et la plus fréquente en Obstétrique, c'est l'intervention obstétricale majeure par excellence, elle apparaît comme un acte obstétrical formidable pour la réduction de la mortalité materno-fœtale quand l'indication est posée.

Les innovations apportées aux techniques opératoires et anesthésiques pour offrir une bonne sécurité materno-fœtale, ont fait de la césarienne une intervention courante en obstétrique.

❖ **Fréquence des césariennes :**

Le taux de césariennes a connu une hausse de 3,1 % en 2005 à 3,97 % en 2007 avant de connaître une baisse et de se stabiliser à 3,22 % en 2010.

Ce taux est proche de celui de Renaudin et al. en Mauritanie [34] qui a retrouvé une variation allant de 2,8 % en 2003 à 3,3 % en 2007.

Ce taux est supérieur à celui de Ndiaye en Guinée [34] qui a retrouvé une variation du taux de 0,75 % en 2000 à 1,85 % en 2006.

Le taux de césarienne dans la population du district sanitaire n'est pas proche du taux efficace de césarienne en population recommandé par l'UNFPA.

Ce taux pourrait s'expliquer par les ruptures fréquentes de produits anesthésiques, manque de champs stériles, manque de produits sanguins obligeant des évacuations au CHU-YO durant notre période d'étude.

❖ **Couverture en IOM :**

Le taux d'IOM est passé de 3,31 % en 2005 à 3,69 % en 2010 soit une moyenne de 3,95 % durant la dite période.

Ce taux est supérieur à celui de Dieng et coll. au Sénégal [10] qui a retrouvé un taux d'IOM qui est passé 0,35 % en 2005 à 1,10 % en 2006.

Cette augmentation progressive du taux d'intervention obstétricale majeure dans le service de maternité du secteur 30 s'expliquerait en grande partie par l'accès financier majeur du système de partage des coûts qui existe depuis six ans et qui a favorisé l'accès des parturientes aux IOM.

De plus, le paquet de soins d'urgence qu'offre le CMA du secteur 30 notamment l'assurance d'une garde régulière en obstétrique avec des gynécologues disponibles en cas d'intervention en urgence et un bloc opératoire fonctionnel 24h sur 24h rendait le CMA plus attractif.

Enfin, le renforcement de l'équipe médicale avec l'augmentation du nombre de médecins spécialistes (gynécologue-obstétricien et réanimateur) a certainement influencé sur le taux d'IOM.

VI.6 - Utilisation des services transfusionnels :

Le besoin satisfait en transfusion a connu une hausse de 0,5 % en 2005 à 71,42 % en 2006 avant de connaître une hausse de 61,53 % en 2007 et de se stabiliser à 84,21 % en 2010.

Ceci pourrait être lié à l'acquisition d'un dépôt de distribution de produits sanguins en 2009 qui a permis une amélioration de la satisfaction transfusionnelle dans les interventions obstétricales majeures. Il faut en outre mentionner que le problème de sous-notification de transfusion durant cette période a eu un impact sur nos résultats.

VI.7 - Pronostic maternel et fœtal :

VI.7.1 - Morbidité et mortalité maternelle

- ❖ Le taux de létalité des complications obstétricales : il est passé de 1,3 % en 2005 à 2 % en 2010 soit une moyenne de 1,8 %.

Ce taux est proche de celui de Renaudin en Mauritanie [34] qui a retrouvé un taux de 1,6 % entre 2005 et 2007 ; il est par contre supérieur à celui de Djiguemdé au Burkina Faso [11] qui a retrouvé un taux de 0,75 % entre 2002 et 2004.

Notre taux était proche de la norme minimale acceptable (< 1 %).

Ceci pourrait s'expliquer par l'augmentation importante du nombre d'activités obstétricales et du nombre de références d'où l'accroissement de la charge de travail pour un personnel de santé en nombre insuffisant. Cela s'est traduit par une hausse du nombre de décès maternels de cause obstétricale directe.

❖ **Le taux de létalité post-opératoire :**

Il a connu une augmentation de 0,55 % en 2005 à 0,97 % en 2006 avant de diminuer et se stabiliser en 2010 à 0,39 % ; soit une moyenne de 0,56 % durant ces six ans.

Le taux moyen était inférieur à celui de Djiguemdé au Burkina Faso [11] qui a retrouvé un taux de 4 % entre 2002 et 2004.

Ces cas de décès maternels observés dans notre étude pourraient s'expliquer par le fait que les IOM notamment la césarienne comme partout ailleurs sont des interventions pourvoyeuses d'hémorragie. Dans notre contexte, la prise en charge de ces hémorragies était souvent difficile mais a été améliorée en 2009 par l'acquisition d'un dépôt de distribution de produits sanguins labiles au CMA du secteur 30.A cela s'ajoutaient les interventions réalisées en urgence pour sauvetage maternel et les références tardives des parturientes et souvent dans de mauvaises conditions.

La principale cause de mortalité maternelle était représentée par l'hémorragie (64 %) soit 16 sur 25 cas suivie de l'infection (20 %).

Malgré des progrès en matière de prise charge, l'hémorragie demeure un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle dans les pays en

voie de développement, comme dans les hôpitaux à la fine pointe de la technologie.

Renaudin et coll. en Mauritanie [34] identifiait l'hémorragie et l'éclampsie comme étant responsables de 75 % des décès.

❖ **Complications per et post-opératoires :**

L'hémorragie venait en première place avec 62 cas soit un taux de 60,78 %.

VI.7.2 - Mortalité néonatale précoce

Nous avons relevé 7 cas de décès de nouveaux-nés dans les 24H après la naissance soit 0,2 % des naissances.

Dans notre série, nous pouvons dire que ces décès néo-nataux précoces ont été aggravés par :

- une insuffisance de la prise en charge des nouveaux-nés (insuffisance du matériel de réanimation et absence de pédiatre au bloc)
- l'absence d'un service de néonatalogie qui devrait accueillir les nouveaux-nés présentant une souffrance fœtale.

Nous avons enregistré 136 morts-nés soit 3,1 %.

L'amélioration de l'accessibilité aux SONU à travers le système de partage des coûts couplé à la subvention pourrait expliquer ce taux bas.

VI.8 - Gestion financière du système de partage des coûts:

VI.8.1 - Comparaison entre coût réel et forfait

Le tarif forfaitaire de toute femme résidant dans la zone du district de Bogodogo est passé de 25 000 FCFA en 2005 à 5 000 FCFA en 2010 (soit 7 % de la contribution du coût réel).

Ce taux est inférieur à celui de Djiguemdé au Burkina Faso [11] qui a retrouvé une variation du forfait de 19 000 FCFA en 2002 à 12 500 FCFA en 2004 soit 19 % du coût réel estimé à 66 350 FCFA.

Ce tarif forfaitaire dans notre contexte (5000F en 2010) s'expliquerait par le fait que la subvention SONU est venue s'ajouter en octobre 2006 au SPC pour diminuer encore la part de contribution de la patiente améliorant l'accessibilité financière aux soins d'urgence. Alors que pendant l'étude de Djiguemdé, la subvention aux SONU de l'Etat burkinabè n'avait pas encore vu le jour.

VI.8.2 - Contributions des acteurs du système :

- En moyenne sur la période concernée, le taux de contribution des patientes était estimé à 90,14 %. Ce taux est passé de 78,76 % en 2005 à 87,72 % en 2010.

Ce taux pourrait s'expliquer par le recrutement d'un agent de recouvrement en 2006 chargé du recouvrement des contributions des patientes. En outre, il faut ajouter que près de 54 patientes indigentes ont bénéficié d'exemption totale de paiement durant notre période d'étude.

- La contribution des collectivités locales était très faible et est à l'origine des difficultés rencontrées dans la gestion financière du SPC.

Elle est passée de 99,45 % en 2005 à 63,94 % en 2010 soit une moyenne sur cette période de 49,8 %.

Cette situation pourrait s'expliquer par le manque de communication, de sensibilisation à l'endroit de ces collectivités locales qui ne se sentent pas impliquées et interpellées.

VI.8.3 - Estimation des dépenses effectuées :

- **La moyenne du taux d'absorption** des contributions au cours de notre période d'étude (2005-2010) était estimée à 105,31 %.

Ce taux est supérieur à celui de Djiguemdé au Burkina Faso [11] qui a trouvé un taux de 68 % durant la période 2002-2004.

Ce constat dans notre contexte serait dû au nombre élevé d'activités obstétricales et chirurgicales nécessitant des efforts importants dans les dépenses d'acquisitions de médicaments, d'entretien d'ambulance, de frais de salaire...Le district sanitaire à travers l'ECD était obligé de puiser dans ses propres ressources financières pour compléter les dépenses.

Chez notre auteur Djiguemdé, il s'agissait d'un district rural et qui ne comptabilisait que trois (3) ans de mise en œuvre du SPC, qui pourrait expliquer ce taux d'absorption des contributions assez moyen.

- **Les dépenses de santé :**

Les dépenses de santé en kits opératoires et en MEG post-opératoires représentaient les plus gros budgets de dépenses du CMA du secteur 30 et étaient estimées respectivement à 42,05 % et 29,04 %.

Renaudin en Mauritanie [34] notait que 34,9 % des dépenses étaient allouées à l'achat de médicaments et de consommables.

Cela est en conformité avec la politique nationale de développement sanitaire(PNDS) qui a adoptée comme stratégie la prescription de médicaments génériques.

VI.8.4 Estimation du montant passif en 2010 (ou déficit cumulé) :

Le déficit cumulé a subi une baisse de 5 976 446 FCFA en 2005 à 2 287 585 FCFA en 2006 puis une augmentation de 7 025 898 FCFA en 2007 à 20 330 083 FCFA en 2009 avant de baisser en 2010 à 15 182 068 FCFA.

La tendance est bien vraie à la baisse mais ce fort taux de déficit cumulé met en péril le système de partage des coûts ; ce déficit oblige l'ECD a supporté les dépenses et charges liées à ce montant passif.

Renaudin en Mauritanie [34] a noté dans son étude que les comptes financiers étaient équilibrés (les recettes stables) et l'autonomie financière assurée (cotisation des bénéficiaires). En effet, l'autonomie financière est un avantage indiscutable dans le système du forfait obstétrical et MURIGA à savoir que la cotisation des ménages permet de faire face aux dépenses de santé et de pallier à la gestion du système alors que dans le système de partage des coûts (SPC) les contributions des différents acteurs sont irrégulières et tardives surtout dans le contexte du district sanitaire de Bogodogo.

L'analyse de la gestion financière dans le forfait obstétrical [34] montre que le niveau des recettes est stable, permettant sans problème le réapprovisionnement en médicaments et en consommables.

Le forfait obstétrical permet des ressources complémentaires officielles, il génère d'importantes ressources, il est parfois considéré à tort comme la solution à tous les problèmes qui se posent ; par exemple en terme de maintenance du matériel médical, comme si on pouvait demander aux usagères de prendre en charge , en plus des médicaments, consommables le fonctionnement du système dans son ensemble.

Djiguemdé au Burkina Faso [11] avait par contre lui noté un solde positif durant sa période d'étude (2002 – 2004).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait de la difficulté de recouvrement des contributions au niveau des collectivités locales (49,8%) au niveau du district sanitaire, ces collectivités locales d'ailleurs ne faisaient pas partie des acteurs dans l'étude de Djiguemdé.

En plus, le nombre élevé d'IOM attendues dans le district sanitaire de Bogodogo rendait l'enveloppe financière globale importante.

VI.9 - Difficultés rencontrées dans la gestion du système :

Les difficultés mentionnées dans l'offre de soins étaient les suivantes : rupture de produits anesthésiques, usure des équipements du bloc opératoire, personnel soignant et de soutien insuffisant. Par contre les difficultés dans la gestion financière étaient représentées par les difficultés de recouvrement, la non-prise en charge des coûts indirects par la subvention aux SONU.

Sakana R.W. [36] au Burkina Faso avait retrouvé des difficultés comme les retards dans la cotisation, des difficultés de recouvrement mentionnées par les ICP, difficultés à transmettre le bilan régulier du SPC à la grande majorité de la communauté.

Ndiaye en Guinée [34] avait mentionné comme principales difficultés les ruptures importantes de stocks de médicaments d'où procurement sur fonds propres, la faible disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires, les patientes non en règle avec les cotisations et qui sont pourtant prises en charge au nom de la mutuelle, ce qui pose un problème de viabilité financière du système.

VII- CONCLUSION

Le système de partage des coûts a été mis en œuvre au CMA du secteur 30 dès le 5 janvier 2005. Cette stratégie de réduction de la mortalité maternelle comporte des forces mais également des faiblesses que notre étude a relevées. De façon générale, nous avons noté que le SPC a eu un effet positif sur l'utilisation des services de santé. Le système de partage des coûts combiné à la subvention nationale des SONU au CMA du secteur 30 a permis de rendre la césarienne et les SONU très accessibles.

Au terme de notre étude, il ressort que les IOM occupent une place importante dans les activités du service de la maternité du CMA du secteur 30.

La létalité post-opératoire était basse. La morbidité maternelle était dominée par l'hémorragie et l'infection.

Les patientes et leurs familles qui ont subi des IOM ont vu leur tarif de contribution financière réduite avec l'application de la subvention aux SONU combiné au SPC.

Le personnel de soutien et le personnel soignant insuffisant, la vétusté des équipements au bloc, le problème dans le recouvrement des contributions ont été les principales difficultés mentionnées.

Il faut toutefois travailler à minimiser ces difficultés.

VIII- SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, nous suggérons :

Au Ministère de la santé :

- Revoir le statut du CMA du secteur 30 dont l'offre de soins est de plus en plus grandissante et attractive depuis l'initiative du système de partage des coûts.
- Renforcer le budget et les équipements médico-chirurgicaux du CMA du secteur 30 usés et vieillissants depuis 2003 pour l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales.
- Doter le CMA du secteur 30 en personnel de soutien et soignant pour la bonne mise en œuvre du système de partage des coûts.
- Pousser la réflexion vers la possibilité d'étendre le système de partage des coûts aux autres districts urbains de la ville de Ouagadougou.

A l'Equipe cadre du district (ECD) :

- Former continuellement les agents de santé du CMA du secteur 30 à la prise en charge des urgences obstétricales, et à la réalisation continue des audits des décès maternels.
- Mettre en place une unité de néonatalogie et une table de réanimation néonatale au bloc opératoire afin d'assurer une prise en charge rapide et efficace des nouveaux-nés
- Améliorer régulièrement la maintenance des appareils médico-chirurgicaux du CMA du secteur 30
- Renforcer le mécanisme de gestion et de suivi du SPC à travers le comité restreint et le comité de suivi.
- Veiller à la bonne tenue et au bon remplissage des dossiers des patientes et des fiches de prise en charge des urgences obstétricales.
- Améliorer la disponibilité des produits sanguins ; ce qui pourrait contribuer à réduire la mortalité maternelle par hémorragie.

- Présenter régulièrement un bilan physique et financier aux différents acteurs du SPC, ce qui permettra d'avantage une plus forte mobilisation des contributions.
- Favoriser le partenariat avec le secteur privé.

A l'Equipe de la maternité du CMA du secteur 30 :

- Améliorer la surveillance post-opératoire pour déceler très tôt les complications post-opératoires.
- Veiller à la bonne tenue et au remplissage du registre d'accouchement et des dossiers des patientes.

Au Bureau du système de partage des coûts (SPC) :

- Veiller à la bonne tenue, au bon remplissage et à l'informatisation des outils de gestion du SPC.
- Veiller au recouvrement adéquat des contributions financières des patientes et leurs familles.

Au personnel de santé des CM et des maternités du 1^{er} échelon :

- Référer le plus rapidement possible vers le centre de référence en cas d'urgence obstétricale.
- Redoubler d'effort dans la sensibilisation des femmes sur l'intérêt de la CPN.
- Assurer des CPN de qualité afin de dépister précocement les grossesses à risque.

Aux acteurs ou contributeurs du SPC :

- S'informer régulièrement sur le bilan du SPC.
- Veiller au règlement régulier, total et à temps des contributions attendues.

A la Communauté de l'aire du district sanitaire de Bogodogo:

- Encourager toute femme enceinte à aller aux CPN.

- Participer aux réunions convoquées ou organisées par les COGES.
- Respecter les consignes données aux gestantes pendant les CPN.
- Vulgariser l'information sur le SPC et son contenu dans toutes les familles de l'arrondissement de Bogodogo.

IX- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Annie S. F.

L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou. Etude rétrospective de 1995 à 1998 et prospective d'avril à juin 2000 à propos de 5702 cas. Thèse Med ; Bamako(Mali), 2001 ; 100p

2. AQUASOU, Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux SOU(2005)

Compte rendu de la 1^{ère} réunion de consensus, composante 2, Ouagadougou, Burkina Faso ; 2005.20p

3. AQUASOU, Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux SOU(2004)

Compte rendu de l'atelier technique sur le partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Composante 2, Ouagadougou, Burkina Faso ; 2004.25p

4. Bambara M.,Yaro S.,Ouattara S.,Ouattara H.,Dao B.,Lankoandé J.,Koné B.

Les hystérectomies dans une maternité de référence en milieu africain.A propos de 385 cas au CHNSS de Bobo Dioulasso (Burkina Faso).Méd. Afr. noire 2007 – 54(7) : 402 – 405p.

5. Bicaba I.

Evaluation de l'offre et de l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence dans le district sanitaire de Koupèla.Mémoire de maîtrise en administration sanitaire et santé publique ; Institut national d'administration sanitaire (INAS), Royaume du Maroc, 2008,116p.

6. CEFOREP.

La prévention de la mortalité maternelle par les soins obstétricaux d'urgences : donner la vie et rester en vie ; Etude régionale dans quatre pays Bénin, Burkina Faso, Mali, Sénégal ; Dakar 2001 .56p

7. Central Statistical office (CSO), Ministry of health (MOH)

Tropical Diseases research center (TDRC), University of Zambia, and Macro International Inc, 2009; Zambia Demographic and Health survey 2007. Calverton, Maryland, USA: CSO and Macro International Inc 311p.

8. Cisse C.T., Ngom P.M., Guissé A., Faye E.O., Moreau J.C.

Réflexion sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain: exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. Gynécologie obstétrique et fertilité. 32(2004):210-17.

9. Combattre la mortalité maternelle au Burkina Faso

<http://www.amnestyinternational.be>, consulté le 10 septembre 2011.

10. Dieng T., Sylla A., Diadhiou M., Mbengue D., Mbengue F., Cisse B., Thiam F.

Stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Sénégal :

Evaluation de la gratuité des soins obstétricaux et de la délégation des compétences. Résumé du rapport de recherche, Mai 2008, 17p.

11. Djiguemdé A. P.

La réorganisation du système de référence avec partage des coûts. Quels effets sur la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales ? L'expérience du district sanitaire de Diapaga Burkina Faso. Mémoire master en santé publique, Institut de Médecine tropicale Prince Léopold, Antwerpen, Belgique, 2005 ; 33p

12. EICVM et EDS

<http://www.lepays.bf/EICVM-ET-EDS> 2010, consulté le 30 juin 2011.

13. Gan Bai Liu

Opération de la rupture utérine à la maternité du centre hospitalier départemental de Maradi (Niger). Méd. Afr. noire ; 1999, 46(11) : 516-9.

14. Institut National de la statistique et de l'Analyse Economique(INSAE)
avec la collaboration du programme national de lutte contre le
SIDA(PNLS).Cotonou, Bénin et Macro International Inc. Enquête
démographique et de santé (EDSB III) Bénin 2006.Calverton, Maryland, USA
325p.

15. Institut national de la statistique et du développement et ORC
Macro.2004.Enquête démographique et de santé du Burkina Faso
2003.Calverton, MD, USA : INSD et ORC Macro. 283p.

16. Kenya National Bureau of Statistic (KNBS) and ICF Macro., 2010.

Kenya Demographic and Health survey 2008-09.Calverton, Maryland: KNBS
and ICF Macro 275p.

17. Kprakpa G.M.

Les indications de la césarienne dans le service de Gynéco-obstétrique du
CHU-YO(BF).Thèse de médecine: Ouagadougou, 2007;n°90 :98p.

18. Marpeau L.

Evolution des taux de césarienne en France et dans le monde : comment les
réduire ? 39^e journée nationale de la société française périnatale (Angers,
sept 2009) ; 141- 48.

19. Méda A.

Contribution à l'étude de l'opération césarienne dans une maternité
africaine (Ouagadougou, Burkina Faso).A propos de 2502 cas de 1985 à
1998.Thèse de méd. Ouagadougou, FSS : 1990.107p.

20. Ministère de la santé/Burkina Faso

Cadre conceptuel pour la mise en place de système de partage des coûts.DSF,
Ouagadougou(2005).

21. Ministère de la santé publique/Cameroun.

Projet de mise en place d'un système de partage des coûts des urgences obstétricales dans l'aire de santé de Meskine (District sanitaire de Maroua rural) Note technique, Cameroun, Novembre 2007 ;8p

22. Ministère de l'Economie et des finances/Burkina Faso

Rapport de suivi des OMD ; 4^e tirage, 2^e version : 2003

23. Ministère de la santé/Direction régionale de la santé du centre Ouaga

Plan d'action 2010 du district sanitaire de Bogodogo, 130p.

24. Ministère de la santé/Direction régionale de la santé du centre Ouaga

Plan d'action 2009 du district sanitaire de Bogodogo, 133p.

25. Ministère de la santé/Burkina Faso

Note politique : Mise en œuvre de stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso, Rapport final, Février 2011.

26. National Institute of population research and training (NIPORT)

Dhaka, Bangladesh Mitra and Associates Dhaka, Bangladesh and Macro International. Bangladesh Demographic and Health survey 2007. Calverton, Maryland USA 231p.

27. Ndiaye O., Dieme E. J. G.

Evaluation des initiatives de subventions et du fonds social. Rapport final septembre 2007 ,175p

28. Ngou J.P., Ngou M.E.V., Dianga R.F., Mounaga M.R., Lassere D.

Hystérectomie du post-partum : 32 cas colligés à la FJE. Communication 6^e congrès SAGO. Ouagadougou 4-8 décembre 2000 Burkina Faso.

29. OMS – Maternité sans risque.

Améliorer la qualité des services de santé maternelle. Journée mondiale de la santé : 7 avril 1998.10

30. Ouédraogo C., Zoungrana T., Dao B., Dujardin B., Ouédraogo A., Thiéba B.,Lankoandé J.,Koné B.

La césarienne de qualité au CHU-YO, Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynécologie obstétrique. Méd. Afr. noire 2001-48(11) :443-51.

31.Ouédraogo L.T.,Tall F.,Thièba B.,Traore G.,Sawadogo E.,Dermé Z.,Sondo B.

Mortalité maternelle et périnatale au Burkina Faso :

Résultats d'une étude rétrospective dans les hôpitaux de référence de quatre régions sanitaires; Revue Science et technique, Sciences de la santé Vol. 26° 2-Vol. 27, n°1.

32. Ridde V. & Queuille L.

L'exemption du paiement un pas vers l'accès universel aux soins de santé. Expériences pilotes au Burkina Faso.2010 ; 44p.

33. Ridde V.

Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé, World Health Report ; Background paper, 2010.46p.

34. Richard F., Witter S., De Brouwere V.

Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faible ressources. Studies in health services organization&Policy, 25, 2008, 344p.

35. Robital S., Gordé S., Barrau K., Tremouille S., Belec M.

Quel est le coût d'une césarienne à Madagascar ? Aspects socio-économiques et taux de couverture de césarienne à Toamasina, 1999-2001.Bulletin de la société de pathologie exotique 2004, vol 97, n° 4 :274- 79.

36. Sakana R.W.

Etude du fonctionnement d'un système de partage des coûts en matière d'assurance santé : cas de l'association TODAYADA de Diapaga. Mémoire de fin d'étude 2004 ; 80p

37. Sawadogo Y.A.

Etude de la morbidité et de la mortalité maternelle post-opératoire à la maternité du CHU-YO de Ouagadougou. A propos de 583 interventions chirurgicales effectuées en 6 mois. Thèse de méd. Ouaga FSS : 1998.57p.

38. Sombié I. et coll.

Evaluation de la mise en place de la subvention des accouchements et SONU au Burkina Faso. Rapport préliminaire : aout 2007 ; 40p.

39. Togora M.

La césarienne de qualité au centre de santé de référence commune V du district de Bamako de 2000-2002 : à propos de 2883 cas. Thèse de méd.: Bamako (Mali); 2004, n°28:136p.

40. Ugand Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc., 2007.Uganda Demographic and Health survey 2006.Calverton, Maryland, USA: UBOS and Macro International Inc 311p.

41. Warniez P., Wurtz B., Brustlein V.

L'abus du recours à la césarienne au Brésil, dimensions géographiques d'une aberration médicale. Cahiers santé vol.16, n°1, janvier-février-mars 2006 ; 21-31.

42. Zombre N.

Etude de l'application de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU au niveau d'un district rural : cas du district sanitaire de Ziniare.Thèse de méd. Université de Ouagadougou, 2009 ; 147p.

X- ANNEXES

ANNEXE I :

FICHE DE COLLECTE DE DONNEES AUPRES DES BENEFICIAIRES DU SYSTEME DE PARTAGE DES COÛTS

I - IDENTIFICATION

N° de la fiche: / /

Nom :Prénom :

II - LES CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES

- Lieu de résidence (préciser) : Province :Village ou secteur :

1 – Type de prestation ou reçue (cocher la case correspondante)

<i>Prestations</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
<i>Césarienne</i>		
<i>Laparotomie pour GEU</i>		
<i>Laparotomie pour RU</i>		
<i>Déchirure compliquée du col et du périnée</i>		
<i>Hystérectomie d'hémostase</i>		

2 – Date de la prestation : / / / /

III - STRUCTURE DES COÛTS DES PRESTATIONS PRIS EN COMPTE PAR LE SYSTEME DE PARTAGE DES COÛTS

1 - Coût de l'acte

<i>Type d'acte/prestation</i>	<i>Montant de l'acte/prestation</i>

2 – Coût du kit servi

Type de kit	Montant du kit

3 – Coûts des ordonnances complémentaires en dehors des médicaments

Nom du médicament prescrit	Quantité	Prix unitaire	Lieu de service	Montant total figurant sur l'ordonnance	Montant versé par la patiente

4 – Coûts des médicaments en cours d'hospitalisation

Nom du médicament	Quantité	Prix unitaire	Lieu de service	Montant total figurant sur l'ordonnance	Montant versé par la patiente

5 – Coûts des examens complémentaires

Nom de l'examen	Montant de l'examen

6 – Coût de l'hospitalisation

Date d'entrée :...../...../20..... Date de sortie :...../...../

Durée du séjour(en jour) / /

Montant journalier de l'hospitalisation ou montant forfaitaire / /

7 – Coût du transport

Existence du billet d'évacuation Oui / / Non / /

- Montant du transport (carburant) : / /

- Quel montant avez-vous versé pour le transport ? / /

8 – Règlement par la patiente

-Montant payé pour le ticket modérateur / /

IV – L'EVALUATION SUR LA QUALITE DES SOINS

1-Complications post-opératoires :1=néant 2=suppuration 3=lâchage suture 4=hémorragie

5=infection 6=autres / /

2-Résultats pour la mère : 1=décédée 2=vivant / /

3-Résultats pour l'enfant : 1=vivant 2=mort-né 3=né vivant & décédé / /

4-Transfusion : oui/ / non / /

5-Référence : oui/ / non/ / Contre-référence : oui/ / non/ /

V- BILAN FINANCIER :

1-Contributions : Acteur :.....Montant...../année.

2-Prévisions : Acteur :.....Montant...../année

Fiche d'interview des membres de l'ECD (partie administrative) :

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'application du système ?

Si oui quelles sont-elles ?

a

b

c

Quelles sont les solutions à envisager :

.....

.....

.....

ANNEXE II :

LA SUBVENTION NATIONALE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

Dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité financière aux services obstétricaux, l'Etat Burkinabé a voté à l'Assemblée nationale dans le budget 2006, une subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) qui a pris effet le 1er octobre 2006 (Encadré 1). Les modalités de subvention décidées visent à mobiliser les financements de l'Etat, des collectivités locales et des comités de gestion pour supporter 80 % des coûts des accouchements eutociques dans les districts sanitaires, 60 % des coûts des accouchements eutociques dans les hôpitaux nationaux et régionaux et 80% des coûts des SONU de 2006 à 2015.

Avec cette subvention nationale, le prix officiel d'une césarienne (acte, médicaments et consommables, examens complémentaires, hospitalisation et transport) a été décrété à 11 000 FCFA dans tous les hôpitaux publics du pays et un accouchement (acte, médicaments et consommables, mise en observation) à 900 FCFA dans un CMA et 1 800 FCFA dans un CHU. Mais dans le district du secteur 30 qui pratiquait déjà le partage des coûts pour les césariennes, cette subvention nationale a été intégrée au système déjà en place pour diminuer encore plus le prix de la césarienne pour la patiente.

ANNEXE III :

Encadré 1. Prestations concernées par la subvention nationale (Ministère de la Santé, 2005)

- Les accouchements eutociques
- Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence
 - Césarienne
 - Laparotomie pour GEU et rupture utérine
 - Accouchement dystocique: tout accouchement par voie basse nécessitant l'utilisation des produits (solutés, ocytociques, antispasmodiques, transfusion sanguine, etc.), les parages de déchirures compliquées du col et ou du périnée sous anesthésie générale, la révision utérine, l'usage de la ventouse/forceps et les manœuvres internes
 - Prise en charge des pré-éclampsies et des crises d'éclampsies
 - Soins intensifs (souffrance cérébrale aigüe, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère, hypothermie) au nouveau-né (inférieur ou égal à 7 jours)
 - Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) pour les complications d'avortement.
 - Le transport/évacuation des parturientes des villages vers les centres de santé d'une part et des centres de santé vers les centres de référence d'autre part.

ANNEXE IV :

Evolution de la clé de répartition des contributions des acteurs du SPC entre 2005 et 2010.

Acteurs	01/01/05 au 31/09/06	01/10/06 au 31/01/09	A partir du 01/02/2009	Pourcentage (%)
Patiente	25 000 FCFA	6 000 FCFA	5 000 FCFA	7
COGES	8 000 FCFA	6 000 FCFA	5 000 FCFA	7
ECD	21 000 FCFA	13 000 FCFA	10 000 FCFA	13,5
Collectivités	21 000 FCFA	13 000 FCFA	10 000 FCFA	13,5
Subvention SONU (Etat)	-	44 000 FCFA	44 000 FCFA	59
Total	76 000 FCFA	83 000 FCFA	74 000 FCFA	100

ANNEXE V :

Estimation des coûts (intervention, transport et gestion du système) d'une césarienne en 2010.

Estimation des coûts d'une intervention	
Acte chirurgical	8 750 FCFA
Kit intervention	23 200 FCFA
Consommables spécifiques	15 000 FCFA
Forfait hospitalisation	3 500 FCFA
Ordonnance post-opératoire	15 000 FCFA
Examens complémentaires	2 000 FCFA
Estimation des coûts de transport	
Ambulancier	847 FCFA
Carburant (20l/100km)	3 360 FCFA
Entretien (60F/km)	1 440 FCFA
Gestion du système	
Agent de recouvrement	1 048 FCFA
Frais de déplacement de suivi des femmes au CHU-YO	143 FCFA
Frais d'évaluation (étude BONC)	238 FCFA
Total	74 000 FCFA

ANNEXE VI :

Encadré 2 : Conditions de lancement d'un système de partage des coûts

*Volonté politique et engagement financier des collectivités locales et autres partenaires.

*Effectivité de la décentralisation (textes existants, capacités décisionnelles et financières des collectivités locales)

*ECD très engagée

*COGES très engagés

*CMA fonctionnel

- Equipement

-Personnel soignant au complet pour assurer les soins en continue

-Gynécologues obstétriciens disponibles et engagés dans le processus avec en particulier un chef de service motivé

-Mise en place du dossier obstétrical

-Mise en place de protocoles de soins

-Organisation de staff quotidien

-Dépôt pharmaceutique fonctionnel et bien géré

-Agent de recouvrement pour le suivi au quotidien des dépenses de santé

* Une sage-femme motivée pour les différentes enquêtes et la gestion

*Un relai par une ONG locale pour la mobilisation sociale

SERMENT D'HIPPOCRATE

**« EN PRESENCE DES MAITRES DE CETTE ECOLE ET DE MES CHERS
CONDISCIPLES, JE PROMETS ET JURE D'ETRE FIDELE AUX LOIS DE L'HONNEUR
ET DE LA PROBITE DANS L'EXERCICE DE LA MEDECINE.**

**JE DONNERAI MES SOINS GRATUITS A L'INDIGENT ET N'EXIGERAI JAMAIS DE
SALAIRE AU DESSUS DE MON TRAVAIL.**

**ADMIS A L'INTERIEUR DES MAISONS, MES YEUX NE VERRONT PAS CE QUI S'Y
PASSE ; MA LANGUE TAIRA LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIES, ET MON
ETAT NE SERVIRA PAS A CORROMPRE LES MŒURS, NI A FAVORISER LES
CRIMES.**

**RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT ENVERS MES MAITRES, JE RENDRAI A
LEURS ENFANTS L'INSTRUCTION QUE J'AI REÇUE DE LEUR PERE.**

**QUE LES HOMMES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS RESTE FIDELE A
MES PROMESSES!**

**QUE JE SOIS COUVERT D'OPPROBRE ET MEPRISE DE MES CONFRERES SI J'Y
MANQUE »**

RESUME

Titre : Le système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales au CMA du secteur 30 de Ouagadougou : Bilan de 2005 à 2010.

Introduction : La santé de la mère et de l'enfant est au cœur des politiques sanitaires tant à l'échelle nationale qu'internationale. Au Burkina Faso, les taux de mortalité maternelle et néonatale restent élevés malgré les différentes stratégies adoptées par le gouvernement en vue de sa réduction.

Plusieurs approches ont été menées visant à réduire les charges de soins des populations surtout celle des plus démunies. Cela a conduit à la mise en application du SPC dans certaines localités dont le district de Bogodogo en janvier 2005.

Matériel et méthode : étude rétrospective couplée à un volet transversal. Les données ont été recueillies à partir de la base de données électronique de gestion du SPC. Une interview a été réalisée avec des membres de l'ECD plus précisément sa partie administrative.

Résultats : Durant cette période, 4481 femmes ont bénéficié d'une intervention obstétricale majeure (IOM) et 80 % provenaient de l'aire de responsabilité du district de Bogodogo. Le taux d'IOM était de 3,95 %. La principale indication d'IOM était dominée par la souffrance fœtale. La césarienne était l'intervention la plus pratiquée à 91,3 % avec un taux de 3,22 % dans la population du district sanitaire.

Le taux moyen de létalité observé était de 1,8 % (proche du taux minimal acceptable de 1 %) ; le taux de létalité post-interventionnelle était de 0,56 %. L'hémorragie était la 1^{ère} cause de décès maternel avec un taux de 64 %. Parmi les complications post-opératoires, l'hémorragie venait également en 1^{ère} place avec 60,78 %. La mortalité a concerné 3,1 % des naissances.

Quant à la gestion financière du SPC, nous avons noté que le taux de contributions des acteurs n'était pas à la hauteur des attentes (76,21 %) avec une faible contribution des collectivités locales (49,8 %). Le taux d'absorption des contributions était de 105,31 % d'où un solde négatif. L'acquisition des MEG post-opératoires et Kits opératoires représentaient les plus gros budgets de dépenses en santé avec un taux respectif de 29,04 % et 42,05 %. Le montant passif ou dette cumulée de 2010 se chiffrait à 15 182 068 FCFA.

La rupture de produits anesthésiques, le personnel de soutien et le personnel soignant insuffisant, la vétusté des équipements du bloc opératoire, les coûts indirects (entretien de l'ambulance, frais personnel de l'ambulancier, de l'agent de recouvrement) non prises en charge par la subvention SONU ont été les principales difficultés mentionnées.

Conclusion : L'application du SPC comporte des forces, mais également des faiblesses que notre étude a mises en exergue. Des mesures s'imposent pour une meilleure application de la stratégie. Il s'agit notamment de la gestion financière du SPC, de la communication et sensibilisation entre les acteurs et de revoir le fonctionnement du CMA (statut, équipements, personnel).

Mots clés : Coûts – SONU – contributions – dépenses – communication.

Auteur : BOUDA Ghislain Wëndtoin Ulrich 01 BP 5316 Ouagadougou Burkina Faso.

E-mail : boudaghislain@yahoo.fr Téléphone : 76 50 55 07/71 81 74 40/78 66 66 48.

Summary

Title: The cost sharing scheme for (SPC) emergency obstetric care in the medical center with surgical outpost (CMA) of secteur 30 from Ouagadougou: retrospective of 2005 to 2010.

Introduction: Mother and child's health is in the heart of the policies in the national level as well as the international level. In Burkina Faso, the maternal and neonatal mortality rates remain high despite the different strategies adopted by the government with the intention of reducing them.

Many approaches have been used aiming at reducing the population's medical expenses especially those of the most impoverished people. This led to the implementation of the cost sharing scheme (SPC) in some localities among which the district of Bogodogo in January 2005.

Material and method: a retrospective study coupled in a transverse section. The data have been collected from the electronic database of the SPC management. An interview with the members of the ECD, more precisely its administrative section, has been realized.

Results: during this period, 4481 women enjoyed a major obstetrical intervention (IOM). Among these women, 80 % came from the area where the district of Bogodogo is responsible for. The IOM rate was 3.95 %.The cesarean was the most used operation at 91.3 % with a rate of 3.22% in the health district population. The average lethality rate observed was 1.8 % (near the acceptable minimal rate of 1 %).The post-operative lethality rate was 0.56 %.Hemorrhage was the first as well with 60.78 %.The mortality involved 3.1 % of births. As for the financial management of the SPC,we noticed that the contribution rate of the actors was contrary to our expectations (76.21 %) with a low contribution of the collectivities (49.8 %).The absorption rate of the contributions was 105.31 %.The balance was then negative. The acquisition of the post-operative essential generic medicines(MEG) and operatives kits were the expenses biggest budget in health with respectively 29.04 % and 42.05 %.The liabilities or cumulated debt in 2010 was 15 182 068 FCFA.

The mains difficulties mentioned were: the out of anesthetic drugs, the insufficient of supported staff and medical staff, indirect costs (the maintenance of the ambulanceman, the own charges of the chamber taxes collector) not taken care by the obstetric care and Neoantal emergency (SONU) subvention.

Conclusion: the application of the SPC has some forces as well as some weaknesses that our study found out.Somes measures have to be taken for a best application of the strategy. These measures are specially the financial management of the SPC, the communication and the sensitization among the actors and the revision of some essential aspects (status equipment and staff) of the CMA.

Keywords: Cost – SONU - Contributions – Expenses – Communication.

Author: BOUDA Ghislain Wëndtoin Ulrich 01 PO 5316 Ouagadougou Burkina Faso

Email: boudaghislain@yahoo.fr Phone number: 76 50 55 07 / 71 81 74 40 / 78 66 66 48.