

**BURKINA FASO**  
**MINISTERE DE LA SANTE**  
.....  
**SECRETARIAT GENERAL**  
.....



**SUPPORTING THE USE OF RESEARCH EVIDENCE (SURE) FOR  
POLICY IN AFRICAN HEALTH SYSTEMS**

(Soutenir l'utilisation des évidences scientifiques issues de la recherche pour l'élaboration des politiques dans les systèmes de santé en Afrique)

**NOTE DE POLITIQUE : Mise en œuvre de stratégies porteuses pour la  
réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso**

**Rapport final**

---

Février 2011



### Les auteurs

Djenèba Sanon/Ouédraogo<sup>1</sup>, MD, MPH, Salimata Ki/Ouédraogo<sup>2</sup>, Administrateur civil, Msc et Bocar Kouyaté<sup>3</sup>, MD, MPH, PhD

<sup>1</sup>Directrice de la santé de la famille(DSF), Ministère de la santé, Ouagadougou Burkina Faso

<sup>2</sup>Chef de service recherche, Direction des études et de la planification (DEP), Ministère de la santé, Ouagadougou Burkina Faso

<sup>3</sup>Conseiller technique du Ministre de la santé, Ministère de la santé, Ouagadougou Burkina Faso

### Adresse pour toute correspondance

Dr Bocar Kouyaté

Coordinateur scientifique de l'équipe du projet SURE/Burkina Faso

Ministère de la Santé,

03 BP 7009 Ouagadougou 03 Burkina Faso

E-mail: [bocar@fasonet.bf](mailto:bocar@fasonet.bf)

### Suggestion pour les citations

Sanon/Ouédraogo D, Ki/Ouédraogo S, Kouyaté B, **Stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso** (Note de politique SURE). Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé, 2010. [www.evipnet.org/sure](http://www.evipnet.org/sure)

## Sommaire

MESSAGES CLES.....	4
RESUME.....	6
PREFACE.....	12
ABREVIATIONS.....	14
INTRODUCTION.....	15
1. PROBLEME.....	15
1.1. Historique.....	15
1.1.1. Historique de la lutte contre la mortalité maternelle dans le monde.....	15
1.1.2. Historique de la lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso.....	17
1.1.3. Engagements pris par l'Etat pour faire face au fléau.....	19
1.2. Stratégies de résolution du problème et leur niveau de mise en œuvre.....	21
1.3. Ampleur du problème.....	29
1.4. Causes de la mortalité maternelle.....	30
1.5. Formulation du problème.....	33
2. OPTIONS D POLITIQUES.....	34
2.1. Motivation du personnel.....	35
2.2. Intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales.....	40
2.3. Passage à l'échelle du système de partage des coûts (SPC).....	44
3. CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES OPTIONS POLITIQUES.....	48
3.1. Motivation du personnel.....	49
3.2. Intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales.....	50
3.3. Passage à l'échelle du système de partage des coûts.....	51
3.4. Analyse de l'acceptabilité par les différentes parties prenantes.....	52
3.5. Coûts financiers des options politiques.....	52
4. CONTRIBUTION DES AUTEURS.....	53
5. CONFLITS D'INTERET.....	53
REMERCIEMENTS.....	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
ANNEXES.....	61
ANNEXE 1 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA NOTE DE POLITIQUE SUR LA MORTALITE MATERNELLE.....	61
ANNEXE 2 : LES INTERVENTIONS VISANT A REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE.....	64

## MESSAGES CLES

### Problèmes

- ratio de mortalité maternelle élevé (307,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2006) ;
- retard pour décider de consulter les services de santé ;
- retard pour arriver à l'établissement de santé ;
- retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé.

### Options politiques

Trois options politiques complémentaires ont été retenues pour réduire de façon significative la mortalité maternelle.

- 1) La motivation du personnel pourrait permettre d'améliorer la permanence des agents de santé à leur poste et d'offrir des soins continus et de qualité aux parturientes.
- 2) L'intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales pourrait permettre d'une part, d'assurer une équité d'accès aux soins d'urgence, d'autre part, de réduire de manière significative les deux premiers retards : retard dans la décision de consulter les services de santé et retard pour arriver au centre de santé.
- 3) Le passage à l'échelle du système de partage des coûts pourrait favoriser l'accès des populations et surtout les plus pauvres aux services de prise en charge des urgences obstétricales.
  - Pour les districts centrés sur les CHR, le passage à l'échelle du système de partage des coûts (SPC), devrait conduire à réfléchir et à mettre en place un type particulier de SPC adapté à ces cas spécifiques.

- Les coûts financiers de ces options de politique sont relativement élevés mais leur mise en œuvre permettra de faire des économies à long terme, grâce à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles.

### **Mise en œuvre des stratégies.**

Une combinaison de stratégies est nécessaire pour la mise en œuvre des trois options politiques pour la réduction de la mortalité maternelle.

Il s'agit entre autres, des stratégies suivantes :

- information, sensibilisation adaptées et continues ;
- développement de mécanismes de motivation basée sur la performance ;
- amélioration des conditions de travail ;
- révision du mécanisme de supervision ;
- adoption rapide et mise en œuvre de la stratégie de services à base communautaire ;
- dotation de tous les villages en moto ambulance (ou autres moyens de locomotion adaptés) avec un système pérenne de maintenance ;
- mobilisation de ressources additionnelles pour le processus de mise en œuvre du SPC ;
- mise en œuvre de la politique de prise en charge des indigents et des cas sociaux.

## **RESUME**

La présente note de politique s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Soutenir l'utilisation des bases factuelles issues de la recherche (SURE) pour l'élaboration des politiques dans les systèmes de santé en Afrique ».

### ***Problème***

Le problème fait l'historique des stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Burkina avec les différents engagements internationaux pris pour faire face au fléau et les stratégies développées.

### ***Historique***

Depuis le lancement de l'initiative pour la maternité sans risque en 1987 à Nairobi et en 1989 à Niamey suivis du sommet mondial pour l'enfance en 1990, le Burkina Faso a pris des mesures pour réduire la mortalité maternelle qui sont entre autres :

- le renforcement de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako ;
- la décentralisation du système de santé faisant du district sanitaire l'entité opérationnelle ayant la capacité d'assurer entre autres les soins obstétricaux d'urgence ;
- la transformation de la Direction de la Santé de la mère et de l'enfant en Direction de la Santé de la Famille (DSF) ;
- la mise en œuvre de la planification familiale ;
- le développement de l'assistance qualifiée à l'accouchement ;
- la fourniture de soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- la mise en place de système de prise en charge des urgences sans prépaiement dans les hôpitaux publics ;
- l'organisation de la prise en charge des urgences obstétricales ;
- l'organisation d'un système de partage de coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Au Burkina Faso, la promotion de la santé de la mère et de l'enfant a toujours fait partie du paquet d'activités développé par les services de santé. Cependant, l'efficacité de ces nombreuses interventions reste très faible surtout en termes d'impact sur la mortalité maternelle et néonatale.

### ***L'ampleur du problème***

Ce document présente également l'ampleur du problème de mortalité maternelle qui, bien qu'élevée, reste la plus faible de la région sauf pour le Ghana, (cf. tableau ci-dessous).

<b>Pays</b>	<b>Niveau de mortalité maternelle (Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)</b>	<b>Année</b>
<b>Mali</b>	464	<b>2006</b>
<b>Burkina Faso</b>	<b>307</b>	<b>2006</b>
<b>Côte d'Ivoire</b>	540	<b>2007</b>
<b>Bénin</b>	397	<b>2006</b>
<b>Togo</b>	480	<b>2007</b>
<b>Ghana</b>	<b>210</b>	<b>2007</b>
<b>Niger</b>	648	<b>2006</b>
<b>Sénégal</b>	<b>401</b>	<b>2005</b>

Source: UNICEF, statistiques 2007

Le taux de mortalité retenu pour le Burkina a été tiré du Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006.

### ***Les causes de la mortalité maternelle***

#### *Les causes directes*

Les principales causes directes de ces décès maternels sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), la rétention placentaire (11,40%), les ruptures utérines (10%), les complications des avortements (10%), les éclampsies (4%).

### Les causes indirectes

Parmi les causes indirectes qui représentent environ 20%, on peut citer le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies.

Les facteurs favorisants sont résumés dans les trois retards :

- le retard pour décider de consulter les services de santé ;
- le retard pour arriver à l'établissement de santé ;
- le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé.

Les conséquences de la mortalité maternelle se situent à plusieurs niveaux :

- socio-économique : baisse de revenu familial car n'enregistre plus l'apport de la femme ;
- sanitaire : la mort d'une femme a des répercussions sur la longévité des enfants qu'elle laisse ; la mortalité infantile est plus élevée lorsque la mère décède ;
- psychologique : déstabilisation du conjoint et le fardeau familial.

### **Formulation du problème**

Malgré les efforts déployés à tous les niveaux, les OMD 5 ne seront pas réalisés à l'horizon 2015. La mortalité maternelle reste élevée au Burkina Faso (307.3 pour 100 000 naissances vivantes). Cette situation est due essentiellement aux causes ci-après :

- ✓ faible disponibilité des soins de santé maternelle et néonatale ;
- ✓ faible accessibilité des bénéficiaires aux soins de santé maternelle et néonatale ;
- ✓ faible qualité des prestations de soins ;
- ✓ iniquité dans l'accès aux soins (infrastructures, équipements, ressources humaines, finances, ...);

- ✓ insuffisance d'implication des communautés dans les actions de santé maternelle et infantile ;
- ✓ insuffisance d'engagement des acteurs à tous les niveaux.

Ces facteurs qui influencent la mortalité maternelle peuvent être regroupés sous les aspects d'offre de prestations, d'accès financier et de gouvernance.

### ***Options politiques***

Cette note de politique, au regard de l'analyse de la situation, propose trois options pour améliorer l'accès des femmes à des soins adéquats en vue de réduire la mortalité maternelle et atteindre l'OMD 5. Il s'agit de :

- la motivation du personnel ;
- l'intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences ;
- le passage à l'échelle du système de partage des coûts.

Les détails de ces options sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Options	Motivation du personnel	Intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales	passage à l'échelle du système de partage des coûts
Description	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer le mécanisme de motivation basée sur la performance ;</li> <li>- Améliorer les conditions de travail ;</li> <li>- Revoir tout le mécanisme de supervision ;</li> <li>- Analyser les besoins de formation et de planification ;</li> <li>- Assurer une répartition équitable du personnel de santé dans les formations sanitaires ;</li> <li>- Assurer l'application effective des nouvelles mesures pour la gestion des carrières.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adopter rapidement et mettre en œuvre la stratégie de services à base communautaire ;</li> <li>- Doter tous les villages en moto ambulance (ou autres moyens de locomotion adaptés) avec un système pérenne de maintenance ;</li> <li>- Assurer de façon équitable le transport de toutes les parturientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliser des ressources additionnelles pour le processus de mise en œuvre du SPC ;</li> <li>- Réfléchir sur le type de SPC pour les districts centrés sur les CHR ;</li> <li>- Mettre en œuvre la politique de prise en charge des indigents et des cas sociaux ;</li> <li>- Former et superviser les agents de santé.</li> </ul>
Bénéfices	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soins de qualité (permanence et continuité) ;</li> <li>- satisfaction des clients ;</li> <li>- satisfaction des agents de santé ;</li> <li>- meilleurs indicateurs de santé maternelle et infantile ;</li> <li>- rétablissement de la confiance entre agents de santé et bénéficiaires de prestations de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rapide prise en charge des urgences au sein de la communauté d'où la réduction du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> retards ;</li> <li>- augmentation de la fréquentation des services par la population cible ;</li> <li>- meilleurs indicateurs de santé maternelle et infantile ;</li> <li>- meilleure collaboration entre la communauté et les agents de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- réduction de la barrière financière à l'accès aux soins ;</li> <li>- augmentation de la fréquentation des services par la population cible ;</li> <li>- meilleurs indicateurs de santé maternelle et infantile ;</li> <li>- meilleure collaboration entre la communauté et les agents de santé ;</li> <li>- contribution à la lutte contre la pauvreté par la réduction des dépenses catastrophiques de santé.</li> </ul>
Risques et préjudices	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité limitée à court ou moyen terme à cause du risque de saturation ;</li> <li>- Difficulté d'avoir un mécanisme permanent de motivation des ressources humaines pour la santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de la moto à d'autres fins ;</li> <li>- Non renouvellement de la moto à terme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de l'argent à d'autres fins ;</li> <li>- Engorgement des services ;</li> <li>- Surcharge de travail.</li> </ul>
Coûts	coût estimatif : <b>4 075 000 000 francs CFA.</b>	coût estimatif : <b>2 830 750 000 francs CFA.</b>	coût estimatif : <b>418 750 000 francs CFA.</b>
Acceptabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- décideurs au niveau du Ministère de la santé : <b>favorable,</b></li> <li>- prestataires : <b>très favorable,</b></li> <li>- partenaires techniques et financiers : <b>favorable,</b></li> <li>- patients : <b>neutres</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- décideurs au niveau du Ministère de la santé : <b>très favorable</b></li> <li>- partenaires techniques et financiers <b>favorable,</b></li> <li>- agents de santé : <b>favorable,</b></li> <li>- patients : <b>neutres</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- décideurs au niveau du Ministère de la santé : <b>favorable,</b></li> <li>- partenaires techniques et financiers : <b>favorable,</b></li> <li>- agents de santé : <b>favorable,</b></li> <li>- patients : <b>non favorables</b></li> </ul>

Options	Motivation du personnel	Intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales	passage à l'échelle du système de partage des coûts
<p>Obstacles à la mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de supervision;</li> <li>• Insuffisance de transparence dans le choix des bénéficiaires ;</li> <li>• mauvaises conditions de travail (équipement, logement, accès à l'eau potable, électricité,...) ;</li> <li>• formation continue non basée sur les besoins ;</li> <li>• Insuffisance de suivi des carrières ;</li> <li>• Non application des textes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance d'identification des personnes à former (le profil de personnes à former, ...);</li> <li>• supports de formation non adaptés;</li> <li>• Insuffisance de formateurs qualifiés;</li> <li>• Insuffisance de moyens logistiques adaptés ;</li> <li>• L'enclavement des localités ;</li> <li>• Absence de maintenance des moyens logistiques ;</li> <li>• Insuffisance de ressources financières;</li> <li>• Mauvaise gestion de ressources matérielles et financières ;</li> <li>• Insuffisance de suivi de la mise en œuvre des interventions.</li> </ul> <p style="text-align: center;">-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusion des plus pauvres (indigents, cas sociaux ...);</li> <li>• La réticence à cotiser de l'argent pour autrui ;</li> <li>• Mauvaise gestion des ressources financières ;</li> <li>• L'analphabétisme ;</li> <li>• La méconnaissance du système de partage des coûts ;</li> <li>• Le refus de cotiser pour la santé des autres d'autrui ;</li> <li>• La problématique des districts centrés sur les CHR ;</li> <li>• Le coût financier élevé du processus de mise en place du mécanisme de partage des coûts.</li> </ul>
<p>Stratégies de mise en œuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer;</li> <li>• Révision des textes;</li> <li>• Révision de l'approche et des outils de supervision ;</li> <li>• Formation des acteurs de la supervision ;</li> <li>• Développement de pratiques de bonne gouvernance ;</li> <li>• Amélioration des conditions de travail;</li> <li>• Mise en œuvre d'un système de suivi des carrières des agents ;</li> <li>• Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation continue adaptée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation des acteurs communautaires ;</li> <li>• Acquisition de moyens logistiques adaptés;</li> <li>• Plaidoyer pour en faveur du désenclavement des localités ;</li> <li>• Elaboration et mise en œuvre d'un plan de maintenance ;</li> <li>• Amélioration de la gestion des ressources matérielles et financières ;</li> <li>• Prise en compte des activités de suivi dans le planning des activités ;</li> <li>• Elaboration des outils de suivi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information/sensibilisation adaptées et continue des communautés ;</li> <li>• Développement d'un mécanisme de prise en charge des cas sociaux ;</li> <li>• Amélioration de la gestion des ressources financières ;</li> <li>• Prise et/ou renforcement des textes réglementaires encadrant la mise en œuvre et le fonctionnement des SPC ;</li> <li>• Formation et supervision des agents de santé ;</li> <li>• Réflexion sur le type de SPC pour les districts centrés sur les CHR et les CHU.</li> </ul>

## **PREFACE**

Ce document est le résultat d'un processus qui s'inscrit dans une démarche de recherche scientifique mais aussi de formation pratique.

La faible utilisation, voire la non utilisation des résultats de la recherche pour les politiques et les programmes de santé est bien connue. Le projet de recherche multicentrique dénommé « Soutien à l'utilisation des évidences issues de la recherche en Afrique » (SURE) financé par la Commission de l'union européenne a pour but d'explorer différentes stratégies pour améliorer cette situation. L'une de ses stratégies est la note de politique ou « policy brief » dans sa terminologie anglo-saxonne.

Pour la 1<sup>ère</sup> année de mise en œuvre du projet SURE, l'équipe de recherche du Burkina Faso a élaboré une note de politique intitulée « Mise en œuvre de stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso ». Ce document est le résultat des délibérations entre les différents concernés (décideurs et intervenants) pour l'atteinte de l'objectif n° 5 des OMD à savoir : améliorer la santé maternelle par la réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle d'ici 2015. La priorité accordée à ce thème s'inscrit dans les déclarations et fora organisés au cours de l'année 2009-2010 (conférence des ministres de la santé d'Addis Abeba de septembre 2009, états généraux de la santé de février 2010,...).

La note de politique résume au mieux les évidences scientifiques disponibles sur la conception et la mise en œuvre d'interventions susceptibles de réduire de façon significative le taux de mortalité maternelle. Elle a été préparée comme un document d'information qui a été examiné lors d'un atelier réunissant les parties prenantes. Elles se sont prononcées sur les options politiques proposées pour la réduction de la mortalité maternelle. Il faut préciser que la note de politique ne vise pas à prescrire ou à proscrire des options ou des stratégies spécifiques de mise en œuvre. Au contraire, son but est de présenter lors des délibérations, l'examen systématique et transparent des évidences scientifiques disponibles et de

l'impact probable des différentes options dans la réduction de la mortalité maternelle. Les revues systématiques et les publications présentant des résultats pertinents ont été exploitées pour l'élaboration de la note de politique. Les méthodes utilisées pour la préparation de ce rapport sont décrites en annexe 1.

Pour tenir compte du temps et des besoins des différents lecteurs, la note de politique est présentée selon un format qui a un nombre de pages allant croissant avec des informations détaillées (messages clés de 2 pages, résumé de 5 pages et rapport complet de 25 pages). Bien que ce format implique une certaine répétition de l'information, le format plus court peut répondre à la préoccupation de tout le monde tandis que le rapport complet est destiné à ceux qui ont assez de temps pour le lire.

Enfin, le processus d'élaboration de la note de politique, en plus d'être un processus participatif, est itératif. C'est en ce sens que le concours de toutes les parties prenantes est indispensable dans un esprit d'échanges et de dialogue. Nous formulons le vœu que ce document, à travers les options politiques qu'il propose, puisse contribuer à la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso d'ici 2015.

## ABREVIATIONS

<b>AQUASOU</b>	: Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CMA</b>	: Centre Médicale avec Antenne Chirurgicale
<b>CSPS</b>	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>DEP</b>	: Direction des Etudes et de la Planification
<b>DSF</b>	: Direction de la Santé de la Famille
<b>EDS</b>	: Enquête Démographique et de Santé
<b>EPE</b>	: Etablissements publics de l'Etat
<b>IMPACT</b>	: Initiative for maternal mortality programme assessment
<b>INSD</b>	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
<b>IOM/IMA</b>	: Intervention Obstétricale Majeure/Indication Maternelle Absolue
<b>IRSS</b>	: Institut de recherche des sciences de la santé
<b>MGF</b>	: Mutilation Génitale Féminine
<b>ODM</b>	: Objectifs de Développement du Millénaire
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	: Organisme Non Gouvernemental
<b>PNDS</b>	: Plan National de Développement Sanitaire
<b>REDO</b>	: Revue documentaire
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
<b>SFE</b>	: Sage femme d'Etat
<b>SONU</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>SONUB</b>	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
<b>SONUC</b>	: Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
<b>SONU</b>	: Soins Obstétricaux d'Urgence
<b>SPC</b>	: Système de partage des coûts
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis
<b>SURE</b>	: Supporting the use of research evidence
<b>UE</b>	: Union Européenne
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immuno-déficiences Humaine
<b>FAARF</b>	: Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes

## INTRODUCTION

La présente note de politique s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet «Soutenir l'utilisation des bases factuelles issues de la recherche (SURE) pour l'élaboration des politiques dans les systèmes de santé en Afrique ». Ce projet vise à baser les décisions en matière de programmes et des politiques sur les évidences scientifiques. Pour éclairer les différents décideurs, il est important d'élaborer un outil appelé note de politique qui est le support utilisé pour cette démarche. Après avoir élaboré en 2008 une note de politique sur le thème « soutenir le passage à l'échelle de l'utilisation des nouveaux antipaludiques pour le traitement du paludisme simple à *P. falciparum* » au Burkina Faso et qui a permis l'extension de l'utilisation de ces produits, l'équipe du Burkina Faso a choisi le volet santé maternelle pour l'année 2009-2010. La présente note de politique va successivement définir le problème, déterminer les options politiques pour sa résolution et proposer un mécanisme efficient de mise en œuvre de ces options pour une réduction accélérée de la mortalité maternelle au Burkina Faso.

## 1. PROBLEME

### *1.1. Historique*

Cette partie présente l'historique de la lutte contre la mortalité maternelle à travers les engagements pris par l'Etat pour faire face au fléau, toutes les stratégies et leur niveau de mise en œuvre pour la réduction de la mortalité maternelle dans la perspective de l'atteinte de l'OMD5

#### **1.1.1. Historique de la lutte contre la mortalité maternelle dans le monde.**

Les pays développés ont réussi à réduire progressivement la mortalité maternelle en se basant sur des facteurs techniques et des facteurs politiques.

**Sur le plan technique**, il s'est agi d'une meilleure organisation de la collecte, du traitement et de l'exploitation des données sur l'ampleur du problème. Des stratégies basées sur la professionnalisation des soins obstétricaux, la surveillance de l'accouchement par un personnel qualifié et

l'accès aux soins obstétricaux d'urgence à l'hôpital ont permis ensuite d'avoir un impact sur la réduction de la mortalité maternelle.

**Sur le plan politique**, les conséquences sanitaires sociales et économiques liées à la mortalité maternelle ont amené les pays à faire de la lutte contre ce fléau une priorité.

Dans les pays en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent la plus grave menace pesant sur la vie et la santé des femmes. En effet, la grossesse et l'accouchement restent un risque important pour la femme en Afrique. Le risque pour une femme de mourir en accouchant est de 1 pour 32 en Afrique comparé à 1 pour 2 900 en Amérique du Nord. (Trends in **Maternal Mortality: 1990 to 2008**, Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank)

Ainsi vingt ans après les différentes initiatives de maternité à moindre risque, le constat est le même pour les pays de l'Afrique Occidentale et du Centre où les ratios de mortalité maternelle demeurent toujours plus élevés que dans le reste du monde. Dans plus de la moitié des pays les ratios varient entre 500 et 1800 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité maternelle n'est pas une tragédie pour les femmes seulement, mais aussi pour leurs familles, leurs communautés et pour le pays entier. Pour les enfants, le risque de mourir est trois fois plus élevé lorsque la mère est décédée.

En outre, les femmes sont les piliers de la famille, car elles éduquent les enfants, assurent les soins de santé, s'occupent des jeunes et des plus âgés, cultivent la terre, font du commerce et sont souvent les principales pourvoyeuses de revenus. Une société qui ne bénéficie pas de la pleine contribution des femmes est une société qui verra sa vie économique et sociale décliner, sa culture s'appauvrir et son potentiel de développement diminuer sérieusement.

### 1.1.2. Historique de la lutte contre la mortalité maternelle au Burkina Faso

Depuis le lancement de l'initiative pour la maternité sans risque en 1987 à Nairobi et en 1989 à Niamey, le Burkina Faso a pris d'importantes mesures pour améliorer la prise en charge des urgences au niveau des formations sanitaires publiques pour réduire de manière significative les taux élevés de mortalité maternelle.

. Il s'agit entre autres de :

- **La mise en place d'un système de prise en charge des urgences sans prépaiement dans les hôpitaux publics :** Pour assurer la mise en œuvre de cette mesure, le gouvernement a mis à la disposition de chaque hôpital public, un stock de médicaments. L'évaluation menée par la Direction de la médecine hospitalière (DMH) en 1998 a recommandé la suppression de la dotation en médicaments et l'octroi d'une subvention directe aux hôpitaux publics à partir de 1999. En 2001, une enquête faite toujours par la DMH, a conclu à la pertinence de l'initiative et donc à la nécessité de la promouvoir. En effet, au niveau des patients, en plus de l'absence de prépaiement des soins, il y a une subvention de 30 à 50% des kits chirurgicaux. Cette subvention ne concerne que le kit opératoire uniquement et ne prend pas en compte les autres structures de coûts (transport, examens complémentaires, hospitalisation, médicaments postopératoires).
- **L'organisation de la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales :** La prise en charge des urgences obstétricales suit l'organisation opérationnelle du système de santé. Lorsque l'urgence n'est pas gérable au niveau d'une formation périphérique, elle est transférée soit dans un CMA ou un CHR pour les districts centrés sur les CHR. En cas de difficulté au niveau des structures, l'évacuation est faite soit au niveau d'un CHR (pour les CMA) ou au niveau des CHU (pour les CHR et certains CMA urbains). L'organisation de la référence/évacuation et de la contre référence a toujours été évoquée comme essentielle pour lutter contre la mortalité maternelle et néo-natale. Elle continue de souffrir de nombreuses imperfections dont la prise en compte est essentielle pour avoir un impact. Au niveau des districts sanitaires,

certaines CMA ne sont pas opérationnelles dans la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales (12 non fonctionnels sur 54, annuaire statistique 2009). Le système de communication entre les centres de santé et ces hôpitaux de district est souvent inexistant. Au point de vue de la logistique, les ambulances sont souvent défectueuses, malgré les efforts développés par l'État. Le transport des urgences obstétricales et néonatales bénéficie de la subvention des accouchements et des SONU. Enfin, les capacités transfusionnelles des CMA sont très limitées. Quand aux CHR, plusieurs d'entre eux ne disposent pas d'une organisation suffisante pour l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ou ne disposent pas de personnel qualifié. Le coût élevé des actes médicaux au sein de ces structures constitue un facteur limitant pour l'accès à ces soins.

- **L'organisation d'un système de partage de coûts pour la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales :**
- Le système de partage de coûts est un mécanisme de répartition des coûts entre les acteurs du système d'évacuation en vue d'amoindrir les charges liées au transport et à la prise en charge supportées par le malade et sa famille. La mise en œuvre d'un système de référence et d'évacuation avec partage de coûts comprend les étapes suivantes : information préalable des acteurs du système, évaluation préliminaire du système de référence et d'évacuation existant, organisation d'un atelier de restitution des résultats de l'évaluation, organisation d'un atelier de consensus sur le système de partage de coûts, organisation d'un atelier de rationalisation des activités des formations sanitaires et de l'ECD, mise en place des supports de référence/évacuation et de gestion du système, suivi/ supervision/monitorage périodique.
- Cette initiative démarrée en 2001, concerne un nombre limité de districts sanitaires où les CMA sont fonctionnels. Il s'agit des districts sanitaires de la Région de l'Est (Bogandé, Diapaga et Pama), de la Région du Centre Est (Koupéla et Ouargaye) et de la Région du Sahel (Sebba). L'évaluation de cette expérience en 2003, a montré une réduction des coûts directs à la charge de la patiente et de sa famille

de 60 à 70% sans pré-paiement (SD Nacoulma, S Belemviré & AP Djiguemdé, 2003).

Dans la quête permanente d'un meilleur état de santé de la mère et de l'enfant, le Burkina Faso a souscrit à plusieurs engagements tant au niveau international qu'africain.

En outre, le Gouvernement a pris un certain nombre d'actes politiques et juridiques parmi lesquels : la décentralisation du système de santé faisant du district sanitaire l'entité opérationnelle ayant la capacité d'assurer entre autres les soins obstétricaux d'urgence et la transformation de la Direction de la Santé de la mère et de l'enfant en Direction de la Santé de la Famille (DSF) chargée de planifier, organiser, coordonner, superviser, évaluer les programmes relatifs à la santé de la reproduction.

### **1.1.3. Engagements pris par l'Etat pour faire face au fléau**

Après avoir participé à plusieurs rencontres internationales et régionales en faveur de la santé maternelle et néonatale (la conférence d'Alma-Ata en 1978, la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994, le sommet mondial de Beijing sur la femme en 1995, le forum sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'Ouest et du Centre à Bamako en 2001 (Forum Vision 2010)), le Burkina Faso a pris un certain nombre d'engagements. Il s'agit de :

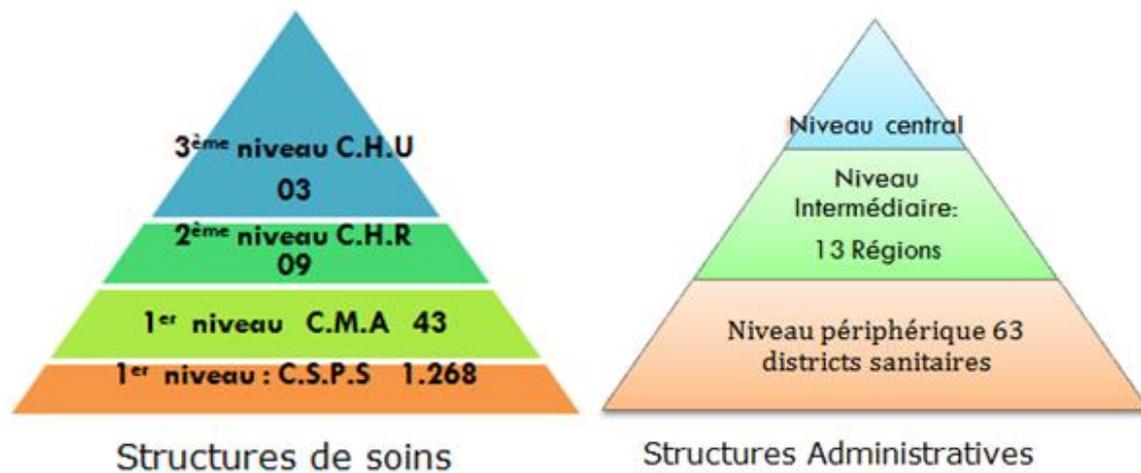
- ❖ l'initiative de Bamako qui met l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant ;
- ❖ les objectifs du millénaire pour le développement n° 4, 5 et 6 relatifs respectivement à la santé infantile, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et les autres endémies;
- ❖ l'appel d'Abuja du 25 avril 2000 sur le projet « faire reculer le paludisme ». Le sommet d'Abuja s'est penché sur la prévention et la prise en charge du paludisme, notamment chez les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;

- ❖ la vision 2010 de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale lancée en 2001 par les Premières Dames des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ;
- ❖ la ratification de la Convention contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Au plan national, ces engagements ont été traduits en stratégies à travers :

- ❖ l'élaboration d'un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ;
- ❖ la définition d'une politique sanitaire nationale en 2000;
- ❖ l'élaboration d'un plan national de développement sanitaire en 2001;
- ❖ l'élaboration de la stratégie de maternité à moindre risque;
- ❖ l'élaboration du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH;
- ❖ l'élaboration d'un plan de sécurisation des produits contraceptifs;
- ❖ l'élaboration d'un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (feuille de route) ;
- ❖ l'application de la politique de gratuité des soins prénatals ;
- ❖ la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

L'opérationnalisation de ces différentes stratégies est faite à travers un système de santé organisé en pyramide au plan administratif et opérationnel.



## 1.2. Stratégies de résolution du problème et leur niveau de mise en œuvre

Trois grandes stratégies sont reconnues comme piliers de réduction de la mortalité maternelle. Ce sont la planification familiale, l'assistance qualifiée à l'accouchement et la fourniture de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

### a. Planification familiale

Il s'agit de rendre accessibles à tous, des méthodes contraceptives pour prévenir les grossesses précoces, nombreuses et/ou non désirées. Selon les données scientifiques, la planification familiale, si elle est bien conduite et accessible à tous, en particulier aux jeunes et aux adolescentes, peut contribuer pour 30% à la réduction de la mortalité maternelle. L'accès à la contraception constitue également un droit en matière de santé reproductive.

Mais le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives reste faible. En effet, l'EDS 2003 donne une couverture de 14% pour l'ensemble des méthodes et 10% pour les méthodes modernes. Selon la même source, les besoins non couverts représentent 29%. Ces besoins non satisfaits s'expliquent par la faible accessibilité et la faible qualité des prestations de PF inhérente à une insuffisance de formation et d'encadrement du personnel prestataire, une insuffisance d'utilisation des normes de prestations et standard de qualité, le peu d'intérêt accordé au condom féminin et

l'insuffisance de ressources. Selon l'annuaire statistique 2009 du ministère de la santé, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives est de 26,9 %.

#### *b. Assistance qualifiée à l'accouchement*

L'assistance qualifiée à l'accouchement est un accouchement conduit par un personnel qualifié. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le terme « prestataire/accoucheur ou accoucheuse qualifié concerne exclusivement les personnes disposant de compétences obstétricales (par exemple les sages-femmes, les infirmières et les médecins) qui ont été formés afin d'acquérir une maîtrise parfaite des compétences nécessaires pour prendre en charge les accouchements normaux, diagnostiquer, prendre en charge ou référer les cas de complications». Le Burkina Faso a inclus dans cette catégorie de prestataires qualifiés, les accoucheuses auxiliaires, qui constituent les principaux agents responsables des services de maternité des centres de santé et de promotion sociale où elles assurent la grande majorité des accouchements.

Les accouchements constituent aussi un des volets mis en œuvre dans le PMA des formations sanitaires. Les soins postnatals sont peu développés. Le taux d'accouchement dans les formations sanitaires est de **72,8%** en 2009.

#### *c. Fourniture des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)*

Les SONU font partie des soins obstétricaux essentiels et leur efficacité pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale est scientifiquement prouvée. Le développement des SONU vise l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'utilisation des SONU aussi bien au niveau des structures sanitaires de premier contact (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base) qu'au niveau de la référence (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets). Ainsi, toute formation sanitaire de premier contact doit être capable de réaliser les sept fonctions essentielles suivantes : l'administration d'antibiotiques par voie parentérale, l'administration d'ocytociques injectables, l'administration d'anticonvulsivants injectables, l'extraction manuelle du placenta, la révision utérine, l'évacuation des

produits de conception retenus par aspiration manuelle intra utérine, l'accouchement assisté par ventouse et la réanimation du nouveau-né.

Au niveau des centres de référence, en plus de ces fonctions, il faut assurer la césarienne et la transfusion.

L'ensemble de ces fonctions doit être disponible 24 heures sur 24 et être de qualité.

En fin 2008, Environ 75% des CSPS offrent les cinq fonctions des SONUB avec une problématique de l'accouchement instrumentalisé (ventouse) et la réanimation du nouveau-né. Toutes les structures de référence fonctionnelles (CMA, CHR et CHU) offrent les SONUC avec souvent des difficultés pour la disponibilité en sang pour la transfusion sanguine.

Le taux de césarienne est faible (1,30%).

La couverture des différentes interventions est résumée dans le tableau 1 ci-dessous (utiliser les données de l'évaluation des besoins en SONU et cartographie des services SR). .

**Tableau 1 : Couverture en matière de soins en faveur de la mère de 2005 à 2009 (annuaires statistiques respectifs, Ministère de la santé)**

<b>Indicateurs</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Prévalence contraceptive	21,9%	24,3%	25,7%	28,2 %	26,6%
Couverture en consultation prénatale 2	63%	61%	70%	75 ,2%	73,8%
Couverture en accouchements assistés	38%	43%	55%	65,2%	73,4%
Taux de césarienne	0,80%	0,10%	1,30%	1,30%	1.40%
Couverture en consultation postnatale	29%	37%	38%	38,3%	43,1%

### **En termes de marche vers les OMD, nous avons :**

- ❖ Seuil fixé pour 2015 pour la mortalité maternelle: 121 pour 100 000 naissances vivantes ;
- ❖ Niveau actuel (en 2006) pour la mortalité maternelle: 307,3 pour 100 000 naissances vivantes ;
- ❖ la baisse annuelle est d'environ 3,5% par an, on sera à **275%** loin de l'objectif de 121 fixé pour 2015.

#### *d. Facteurs entravant la réussite de ces stratégies*

Les facteurs influençant la mise en œuvre des stratégies pour la réduction de la mortalité maternelle doivent être vus sous les aspects d'offre de prestations et d'accès financier.

##### *▪ Au niveau de l'offre des prestations*

#### ❖ Accessibilité géographique, financière et culturelle des soins

La couverture du pays en infrastructures est globalement insuffisante, doublée d'une répartition inégale des formations sanitaires existantes dans les régions. Cela s'explique en partie, par le non respect des normes de la couverture sanitaire du pays.

En effet, bien que l'on observe une réduction du rayon moyen d'action des formations sanitaires qui passe de 9,18 km en 2001 à 7,49 km en 2009, les zones rurales et périurbaines demeurent faiblement couvertes en infrastructures ; ce qui en limite l'accessibilité géographique aux populations. Il existe encore de nombreuses formations sanitaires incomplètes et bien souvent, les infrastructures sont fortement dégradées par manque de maintenance.

Sur le plan de l'accessibilité financière, le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population, surtout dans un contexte marqué par une aggravation de la paupérisation particulièrement en zones rurales. Par ailleurs, l'accessibilité financière des populations aux services de

santé est entravée par les prescriptions irrationnelles, l'insuffisance de fonctionnement du système de prise en charge des indigents, le nombre encore limité des mécanismes de partage de risques santé ainsi que l'insuffisance de la mise en œuvre de la politique de partage de risque en matière de santé.

Selon une étude menée dans le district de Diapaga sur le système de partage des coûts, il ressort que ce système améliore la référence et l'évacuation. La réduction des délais d'évacuation, de prise en charge des patients évacués à l'hôpital de district et de la létalité postopératoire ont contribué à l'amélioration de l'accessibilité de la prise en charge.

#### ❖ Ressources humaines

Malgré les efforts de formation et de recrutement, il persiste une insuffisance des ressources humaines en santé et une mauvaise répartition du personnel existant avec des effectifs pléthoriques dans les centres urbains alors qu'en milieu rural, près d'un cinquième des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ne remplissent pas les normes minimales en ressources humaines en 2009.

Dans le domaine de la formation, il n'existe pas un plan de formation cohérent basé sur un programme adapté aux besoins, une stratégie pour la formation continue ainsi que celle des spécialistes. Il manque également une stratégie d'intégration des formations en sciences de la santé et des référentiels de normes en ressources humaines pour toutes les formations sanitaires. Les procédures et outils de gestion sont encore incomplets et il n'y a pas une bonne maîtrise des effectifs du personnel par catégorie aux différents niveaux.

Le personnel est caractérisé par une forte démotivation ayant des répercussions sur la qualité des prestations offertes. Une étude menée par le centre de recherche de Nouna en 2002 sur la qualité perçue des soins a montré une absence très fréquente des agents à leur poste. Cette absence est estimée entre 30 et 50% dans le district de Nouna. Cet absentéisme met

en danger la vie des femmes qui ont besoin de soins urgents. Des études réalisées par la Banque Mondiale sur l'absentéisme ont montré un taux d'absentéisme de 34% dans six (6) pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine.

L'étude menée par la Direction des ressources humaines du Ministère de la santé sur la motivation du personnel en 2003 a permis de constater que 65% de l'ensemble des répondants étaient insatisfaits de leurs conditions de travail. Les motifs d'insatisfaction par ordre d'importance sont le système d'affectation, le manque de ressources humaines, matérielles et financières, la prise en charge de la maladie, le système d'avancement par échelon, les indemnités de fonction. L'iniquité dans l'application des textes réglementaires qui régissent les conditions de travail a été également mentionnée comme source d'insatisfaction. Une autre étude menée par l'Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) sur les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins au Burkina Faso a montré que les revenus des travailleurs du secteur public sont inférieurs à ceux qui travaillent dans les ONG. Les travailleurs des structures confessionnelles jugent leur salaire inacceptable. Tout le monde trouve le salaire insignifiant par rapport au coût de la vie. Les enquêtés disent qu'il n'y a pas un impact du salaire sur la motivation à fournir des soins mais soulignent qu'une bonne rémunération augmenterait le niveau de leur motivation. La recherche de revenus complémentaire par les professionnels a un impact négatif sur la qualité des soins. L'insuffisance du salaire favorise aussi la migration des travailleurs vers d'autres lieux.

L'étude a ressorti que le facteur de motivation selon les enquêtés est le salaire, suivi des bonnes conditions de travail et bien d'autres (opportunité, formations, statut social, etc.).

#### ❖ Qualité des services de santé maternelle

Le paquet minimum d'activités n'est pas entièrement offert dans toutes les formations sanitaires existantes dû en partie à l'insuffisance des ressources, surtout humaines, en quantité et qualité. Ceci entraîne une faible

disponibilité d'un grand nombre de prestations de soins (curatifs, préventifs et promotionnels) au niveau des formations sanitaires. Celles offertes par les structures de soins, ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d'intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des populations. Selon une étude réalisée en Tanzanie, la mise à disposition seulement des documents de normes et standards n'a pas amélioré la qualité des prestations. Selon d'autres études, la réalisation des audits de décès maternels soutenue par des réunions, la maintenance des équipements, la supervision des agents contribuent à une diminution significative de la mortalité maternelle.

L'insuffisance de plateau technique limite l'offre de soins de qualité aux populations. Dans l'étude sur la qualité des soins périnataux qui a exploré l'opinion des sages femmes, il ressort qu'un plateau technique adapté, un système de communication effectif entre patient et prestataire jouent un rôle important dans la qualité des soins.

Le système de référence et de contre référence n'est pas assez fonctionnel pour la gestion des urgences obstétricales. En effet, les formations sanitaires de référence, ne sont pas toujours accessibles, mais en outre elles ne sont pas capables de prendre en charge certains cas de maladies à cause de leur sous équipement et de l'insuffisance du personnel spécialisé.

La réalisation des audits de décès maternels, outil d'assurance qualité, est très peu conduite dans les formations sanitaires. L'autopsie verbale n'est presque pas réalisée.

Le continuum de soins entre villages et services de santé n'est pas assuré car les activités à base communautaire sont faiblement développées. Il y a une très faible implication des communautés dans la gestion des questions de santé en général et de santé maternelle en particulier.

- *Au niveau financier*

L'accessibilité financière est un facteur important de l'utilisation des services de santé surtout par les femmes. Dans le cas du Burkina Faso, reconnu au niveau mondial comme un pays pauvre, avec un revenu annuel per capita de

300 \$US et une pauvreté touchant 46,3% de la population, la tarification des actes et le recouvrement des coûts, a exclu des soins une proportion importante de la population. Ce qui pose un problème d'équité. En effet, le coût financier des interventions obstétricales urgentes varie de 34 945 FCFA à 86 500 F CFA (Ministère de la Santé 2003), alors que la dépense moyenne des familles pour leur santé au Burkina est de 2 900 F CFA par mois. Cette dépense est seulement de 335 F CFA par mois, soit 4 020 F CFA par an pour le quintile le plus pauvre de la population. Une telle dépense représente à peine la moitié des frais moyens encourus (9 300 F CFA) dans un centre médical ou CMA pour un accouchement dit difficile mais sans césarienne.

Selon les sous comptes santé de la reproduction, les dépenses de la santé de la reproduction étaient de 10 milliards et 12 milliards respectivement en 2005 et 2006. Par source de financement, la part de ces dépenses supportées par les ménages est très importante. Elle était de 17% en 2005 et 29% en 2006. Le sous financement de la santé de la reproduction a été également constaté dans le budget alloué à la santé. En effet, selon les comptes nationaux de santé 2006, seulement 5,99% du budget de la santé est allouée aux activités de santé de la reproduction.

Des mesures doivent être prises pour faciliter l'accès universel aux soins par les plus pauvres, les plus vulnérables et à risques ainsi que les indigents. Pour ce faire, des mécanismes de partage des risques de santé en cours, doivent être renforcés et des réflexions menées pour le développement des mutuelles et des assurances de santé.

La suppression de la tarification au niveau des formations sanitaires améliore l'accès aux soins obstétricaux essentiels et d'urgence surtout pour les femmes les plus pauvres.

Cinq études ont présenté des données de l'impact de la suppression du paiement des soins sur l'utilisation des services de santé. Ces études ont abouti à la conclusion que de façon générale, la suppression du paiement des soins dans les localités à revenu faible semble avoir un impact positif immédiat sur l'utilisation. Il s'agit de deux études qui ont évalué la politique

nationale mise en œuvre en Ouganda, une étude qui a évalué le changement de politique nationale en Afrique du Sud et les deux dernières études ont été réalisées au Kenya. Toutes les études ont présentées des données d'utilisation obtenues à partir des registres des formations sanitaires et ont pâties du fait que des changements majeurs concomitant d'origine exogène ont affecté l'utilisation des services de santé (voir les études menées par les ONG HELP et TDH au Burkina).

### *1.3. Ampleur du problème*

Au Burkina Faso, la situation sanitaire se caractérise par une morbidité et une mortalité générales élevées. Cette situation est marquée par une plus grande vulnérabilité des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans.

De façon spécifique, la situation de la santé de la mère et de l'enfant reste préoccupante. Selon l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2003, le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 184 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité infantile de 81 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale à 31. Le ratio de mortalité maternelle était de 484 pour 100 000 naissances vivantes selon l'EDS de 1998. Toutefois, le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 a noté un ratio de mortalité maternelle de 307,3 pour 100 000 naissances vivantes. En 2005, l'estimation de la mortalité maternelle par l'OMS donne un chiffre de 700 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Selon les données de routine de la Direction des Etudes et de la Planification du Ministère de la Santé pour l'année 2008, toutes les régions sanitaires du Burkina Faso sont touchées par cette tragédie, allant de 317 décès pour 100 000 parturientes dans la région du Sahel à 15 décès pour 100 000 parturientes dans la région du Centre-sud.

Les différents taux de mortalité maternelle ne sont pas comparables d'une part, du fait de la différence des modes de calcul et d'autre part, du fait que les données de l'annuaire statistique ne concernent que les décès maternels survenus dans les formations sanitaires. Dans le cadre de cette note de politique, nous pouvons retenir le taux 307,3 pour 100 000 naissances

vivantes en 2006, parce que la donnée est la plus récente et concerne un recensement national.

Une comparaison du ratio de mortalité maternelle au Burkina Faso avec les autres pays de la région ouest africaine est donnée dans le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2 : Ratio de mortalité maternelle de certains pays de la sous région ouest africaine**

<b>Pays</b>	<b>Niveau de mortalité maternelle (Nombre de décès pour 100 000 naissances vivantes)</b>	<b>Année</b>
Mali	464	2006
<b>Burkina Faso</b>	<b>307</b>	<b>2006</b>
Côte d'Ivoire	540	2007
Bénin	397	2006
Togo	480	2007
<b>Ghana</b>	<b>210</b>	<b>2007</b>
Niger	648	2006
Sénégal	401	2005

Source: UNICEF, statistiques 2007

Ce tableau montre que le ratio de mortalité maternelle est bas au Burkina Faso par rapport à certains pays voisins (Mali, Côte d'Ivoire, Bénin, Togo, Niger et Sénégal) sauf le Ghana où ce ratio est de 210 décès pour 100 000 naissances vivantes.

#### *1.4. Causes de la mortalité maternelle*

Les principales causes directes de ces décès maternels sont : les hémorragies (30%), les infections (23%), la rétention placentaire (11,40%), les ruptures utérines (10%), les complications des avortements (10%), les éclampsies (4%). Les causes obstétricales directes sont responsables d'environ 80% des décès. Les hémorragies, les infections et les dystocies représentent à elles seules plus de deux tiers de ces causes

directes. Parmi les causes indirectes qui représentent environ 20%, on peut citer le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida et les hémoglobinopathies.

A côté de ces causes médicales directes, il existe de nombreuses causes indirectes qui favorisent cette mortalité élevée chez les mères et les nouveaux nés. Ces causes indirectes sont résumées sous la terminologie des trois (3) retards : le retard pour décider de consulter les services de santé, le retard pour arriver à l'établissement de santé et le retard pour recevoir un traitement adéquat au niveau de l'établissement de santé.

#### ❖ **Premier retard : retard dans la décision de consulter les services de santé**

Ce retard se situe au niveau de la communauté. L'absence de prise de conscience que toute grossesse peut être à risque, la méconnaissance des signes de danger et l'insuffisance de planification familiale restent des obstacles majeurs à la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Le faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation constitue un handicap important pour la promotion de la santé des mères et des enfants. Outre le faible niveau d'instruction, le statut économique de la femme, de même que la forte méconnaissance des signes de complications d'une grossesse et les pratiques néfastes à la santé de la mère notamment les mutilations génitales féminines (MGF) sont autant de facteurs qui favorisent les décès maternels et néonataux. Selon l'étude réalisée en novembre 2007 dans le district de Ouargaye dans le Centre-Est du Burkina Faso par IMMPACT [28] sur l'extension de l'autopsie verbale pour examiner les causes sociales et médicales de la mortalité maternelle, les retards dans la décision de rechercher des soins ont été signalés dans 57% des cas. Les coûts financiers de transport et des soins étaient souvent inabordables pour les familles et les préoccupations sur les coûts des soins ont été très influentes dans le processus de décision. Les moyens de transport ne sont généralement pas disponibles et ont donc affectés la décision de se faire soigner.

### ❖ **Deuxième retard : retard à arriver au centre de santé**

Ce retard est surtout lié à l'insuffisance des moyens de transport et de communication. Le rayon moyen d'action d'un service de santé est de 7 km, avec des disparités allant de moins d'1 km à plus de 40 km.

Selon la même étude de IMMPACT, les retards mis pour atteindre les lieux de soins ont été signalés dans 63% des cas. Les problèmes pour atteindre les établissements de santé sont principalement liés au fait que les services, le transport et la distance au centre de santé ne sont pas accessibles. Beaucoup d'enquêtés ont décrit le fait qu'ils peuvent prendre plusieurs heures pour trouver un moyen de transport et qui par ailleurs étaient souvent inadaptés (par exemple, moto, vélo, la charrette tractée par un âne).

### ❖ **Troisième retard : retard à recevoir un traitement adéquat au niveau du centre de santé**

Ce retard se situe au niveau des services de santé. Les capacités opérationnelles globales du système de santé sont relativement faibles pour lutter contre la mortalité maternelle et néonatale: de nombreux accouchements ne sont pas assistés par du personnel qualifié du fait d'une insuffisance quantitative et qualitative mais également du fait de la mauvaise répartition du personnel qui existe ; la prise en charge des complications liées à l'accouchement reste encore faible. En exemple l'étude réalisée sur les besoins obstétricaux non couverts en mars 2001 révèle un déficit relatif de 65,83 % d'interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues (IOM/IMA). Les disparités entre milieu rural et milieu urbain sont énormes, respectivement 74 % et 16 %.

Selon l'analyse situationnelle de la SR réalisée en 2006, on note :

- Gynécologue : 0,2 / CMA et 1 / CHR
- Aide opérateur : 2 / CMA et 4,9 / CHR
- Aide anesthésistes : 1,6 / CMA et 3,6 / CHR
- SFE : 3,2 / CMA et 7,2 / CHR

Les conséquences de la mortalité maternelle se situent à plusieurs niveaux :

- Socio-économique : baisse de revenu familial car n'enregistre plus l'apport de la femme ;
- Sanitaire : la mort d'une femme a des répercussions sur la longévité des enfants qu'elle laisse ; la mortalité infantile est plus élevée lorsque la mère décède ;
- Psychologique : déstabilisation du conjoint et le fardeau familial.

Selon IMMPACT, les retards dans la réception des soins de qualité dans un établissement (défini comme étant accessible, acceptable et abordable, avec un personnel, d'équipement et des fournitures requis) ont été signalés dans 63% des cas. Encore une fois, l'obstacle majeur est dû au fait que les soins ne soient pas accessibles une fois le centre atteint. Les établissements de santé n'ont pas souvent suffisamment de personnels ou ne sont pas équipés, avec parfois un manque d'équipements essentiels.

**Méthode de sélection des résultats de recherche** : la sélection des résultats de recherche a été faite à partir de la base de données « REDO » qui comporte plus de 8000 références bibliographiques. Des recherches ont été également faites sur internet (HINARI, PubMed...) et dans d'autres bases de données. Le volet santé de la reproduction a permis de retenir un certain nombre de documents en relation avec la mortalité maternelle.

Les critères de sélection sont les suivantes : i) le thème portant sur la mortalité maternelle au Burkina Faso ; ii) le thème portant sur la mortalité maternelle dans la sous région ; iii) la qualité de la méthodologie utilisée pour réaliser l'étude ; iv) le contenu du résultat.

### **1.5. Formulation du problème**

Malgré les efforts déployés à tous les niveaux, les OMD5 ne seront pas réalisés à l'horizon 2015. La mortalité maternelle reste élevée au Burkina Faso (307.3 pour 100 000 naissances vivantes). Cette situation est due essentiellement aux causes ci-après :

- ❖ Une faible disponibilité des soins de santé maternelle et néonatale ;
- ❖ Une faible accessibilité des bénéficiaires aux soins de santé maternelle et néonatale ;
- ❖ Une faible qualité des prestations de soins ;
- ❖ Une iniquité dans l'accès aux soins (infrastructures, équipements, ressources humaines, finances...) ;
- ❖ Une insuffisance d'implication des communautés dans les actions de santé maternelle et infantile ;
- ❖ Une forte démotivation du personnel ;
- ❖ Une faiblesse des mécanismes de partage des risques ;
- ❖ Une insuffisance d'engagement des acteurs à tous les niveaux.

Face à cette situation, il est urgent de proposer des options politiques pour améliorer l'accès des femmes à des soins adéquats en vue de réduire la mortalité maternelle au Burkina Faso.

## 2. OPTIONS D POLITIQUES

Trois options politiques ont été retenues et mettront l'accent sur comment rendre accessibles les soins maternels de qualité de façon équitable aux communautés et renforcer leurs capacités. Ces options sont les suivantes :

- **La motivation du personnel ;**
- **L'intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales ;**
- **Le passage à l'échelle du système de partage des coûts.**

Pour les identifier, l'équipe a utilisé non seulement des revues systématiques mais aussi des informations pertinentes provenant des résultats de recherche. Pour la sélection des revues systématiques, nous avons bénéficié de l'appui de l'université de MacMaster et EvipNet de l'OMS Genève.

Les critères de sélection des revues ont été les suivants : i) le thème, ii) les échantillons utilisés dans la réalisation des études, iii) l'approche globale des études, iv) la pertinence des résultats (apports) et v) la liste de référence des différents articles.

### *2.1. Motivation du personnel*

#### **Principaux résultats**

- les incitations financières seules ne suffisent pas pour maintenir durablement la motivation des agents de santé. Cependant, les bas salaires sont particulièrement démotivants car les travailleurs de la santé estiment que leur compétence n'est pas appréciée à sa juste valeur ;
- les incitations non financières et une meilleure gestion des ressources humaines jouent un rôle important pour la motivation croissante des professionnels de la santé ;
- pour maintenir la motivation des personnels de santé, il faut associer les incitations financières et non financières en tenant compte du contexte.

#### *Situation actuelle au Burkina Faso.*

Une étude intitulée « Motivation des personnels de santé » avait été réalisée en 2003. Cette étude avait rapporté que 80% des répondants sont non motivés. Ces répondants considèrent qu'ils sont peu engagés vis à vis de l'organisation et que le Ministère de la Santé n'a pas répondu à leurs attentes. C'est parmi les groupes dirigeants que l'on retrouve le nombre le plus élevé de démotivés. Parmi les hauts dirigeants, seulement 14,28% d'entre eux sont motivés. 21,7% des dirigeants du niveau intermédiaire (médecin chef de district et équipe direction régionale) sont motivés. 27 % du groupe des directeurs centraux sont motivés. 26% des chefs de services, coordonnateurs d'unités de soins et des responsables de projets, sont

motivés. Les résultats de cette étude ont été très peu exploités. D'autres études sur la motivation des personnels de santé utilisant la performance comme traceur ont été réalisées. Aussi, le ministère de la santé avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers a fait le choix de la mise en œuvre d'un processus de financement basé sur les résultats (FBR) dans trois districts sanitaires. La décision stratégique d'aller vers une démarche de financement basé sur les résultats se fonde sur l'existence d'un environnement sectoriel favorable avec notamment l'existence des mécanismes du PADS et l'expérience de la subvention des SONU, le mécanisme de contractualisation en cours, et la préparation du PNDS 2011-2020 (document FBR).

### **Revue systématique.**

Les articles de la revue systématique ont examiné les questions de motivation auxquelles sont confrontés les travailleurs de la santé et les recommandations faites pour améliorer cette motivation. Il y avait plusieurs thèmes communs identifiés pour la motivation et cela était conforme aux résultats obtenus dans des articles de revue non systématique.

L'absence de plan de carrière et des possibilités de promotion conduisent les agents de santé à se sentir « coincés » et par conséquent plus exposés à la démotivation. L'amélioration des conditions de vie et de travail peut-être plus efficace que l'augmentation des salaires pour réduire la démotivation. La très grande majorité des études ont conclu que la combinaison de paquets d'incitations financières et non financières est d'une urgente nécessité pour améliorer la motivation et la rétention des travailleurs de la santé. Les principaux résultats de cette revue systématique sont résumés dans le tableau n°3 ci-dessous.

**Tableau N°3 : Motivation des travailleurs de la santé**

Cible ou population : agents de santé de différents niveaux

Site(s) : pays à revenu bas et moyen d'Afrique (Benin, Cameroun, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Sénégal, Afrique du sud, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe) et d'Asie (Bangladesh, Jordanie, Géorgie, Kazakhstan, Malaisie et Vietnam).

Intervention : incitation financière (salaire, prime), plan de carrière, formation, équipements et environnement de travail

Comparaison :

Résultats	Impact sur la motivation	Nombre d'études	Qualité de l'évidence (GRADE)
Finances (salaire, primes/ indemnités)	Effet positif mais limité dans le temps	18 (90%)	De façon générale, il s'agit d'études qualitatives. Certaines études ont utilisé une méthodologie mixte (qualitative et quantitative (voir annexe...)). L'évidence à retenir est que pour la motivation des agents de santé, il faut associer les incitations financières et non financières en tenant compte du contexte.
Plan de carrière (possibilité de se spécialiser ou d'avoir une promotion)	Effet positif à court et moyen terme	17 (85%)	
Gestion de l'hôpital ou de la clinique (référence à une relation de travail positive avec sa hiérarchie - administrative ou technique)	Effet très positif	16 (80%)	
Disponibilité des ressources (équipement et fournitures médicales nécessaires pour les agents de santé pour accomplir leur travail)	Effet positif	15 (75%)	
Formation continue (possibilité de suivre des cours et d'assister à des séminaires)	Effet positif	15 (75%)	
Reconnaissance et appréciation (soit de la part des supérieurs hiérarchiques, des collègues ou de la communauté)	Effet très positif	14 (70%)	
Infrastructure de l'hôpital (l'état physique de l'établissement de santé, souvent décrit «environnement de travail»)	Effet positif	9 (45%)	

### *Qualité des études de la revue.*

Les études ont été évaluées afin d'identifier des failles dans leur conception, leur mise en œuvre et dans la signification des résultats. Un thème commun signalé dans plusieurs études était que les personnes interrogées trouvaient qu'il était difficile de s'exprimer et ils avaient des problèmes dans la compréhension des questions, d'où une interprétation contradictoire des variables liées à la motivation. En outre, bon nombre d'études étaient de nature exploratoire, avec des échantillons de petite taille. Il n'était pas clair aussi que les résultats peuvent être généralisés. Cependant, compte tenu de la répétition des mêmes thèmes dans les différents pays, on peut supposer que les thèmes identifiés dans l'étude sont un reflet exact de la question de motivation que rencontrent les travailleurs de la santé.

### *Limites de la revue systématique*

Une des principales limites de cette revue est que seules les études en anglais ont été incluses. Par ailleurs, les bases de données des sciences humaines et sociales n'ont pas été fouillées. Il y a également un manque de cohérence dans le détail du design et méthodes utilisées pour les études incluses dans la revue. Les pays ou régions sont également affectés par différentes questions et à des degrés divers. Cela peut affecter les résultats ; par exemple dans la vie politique au Zimbabwe où l'instabilité économique est susceptible d'affecter les travailleurs de la santé plus que dans d'autres pays. Environ 60% des travailleurs de la santé en Afrique du Sud, l'Ouganda et le Zimbabwe ont indiqué qu'ils ont trouvé stressant les soins pour les patients VIH. Ces facteurs locaux ou régionaux peuvent compromettre l'utilité de toute revue systématique.

Au Burkina Faso, de manière pratique, il semble indiquer de :

- développer le mécanisme de motivation basée sur la performance ;
- améliorer les conditions de travail (électrification des FS, maintenance des logements, renouvellement des équipements,..) ;

- revoir tout le mécanisme de supervision (gradient de compétence, grille de supervision, conduite de la supervision, feed back...) ;
- analyser les besoins de formation et de planification ;
- assurer une répartition équitable du personnel de santé dans les formations sanitaires ;
- assurer l'application effective des nouvelles mesures pour la gestion des carrières.

Il est démontré que pour réduire la mortalité maternelle, il est impérieux que les femmes aient accès à des soins de qualité délivrés par un personnel qualifié. Si ce personnel n'a pas de motivation dans la réalisation de sa tâche, les soins seront de mauvaise qualité et donc contribueront à la sous fréquentation des services et une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle.

Lier les incitations financières à la performance des prestataires pour des soins de qualité à tous les niveaux du système de santé peut être une stratégie pour réaliser des soins de santé de haute qualité. Ce résultat est basé sur une revue systématique publiée en 2006 par Petersen et al. Il fait le point des effets des incitations financières formelles sur la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé.

La motivation du personnel de soins de manière générale favorise l'accès équitable de la population à des soins de qualité. Si dans sa mise en œuvre, cette motivation peut nécessiter des ressources financières importantes, elle va à la longue permettre au pays et aux familles de faire des économies par la baisse de la morbidité et de la mortalité.

## *2.2. Intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales*

### **Principaux résultats attendus**

- la communauté est organisée pour le transfert rapide des urgences obstétricales ;
- le mécanisme de transfert est fonctionnel ;
- le transfert rapide des urgences obstétricales contribue à la réduction de la mortalité maternelle.

### **Situation actuelle au Burkina Faso**

La disponibilité des transports d'urgence est un élément crucial d'un système d'orientation performant. Selon l'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction au Burkina Faso réalisée en 2006, les moyens de transport utilisés par les clients pour se rendre dans les formations sanitaires (FS) sont la marche (43,9%), la bicyclette (44,2%) et la moto (9,9%). L'accessibilité géographique des FS a été appréciée sur la base de la distance parcourue et le temps mis pour arriver à la FS. Selon cette étude, le manque de moyen de transport est l'un des principaux facteurs de retard pour arriver dans la FS lors des complications obstétricales selon les prestataires (35,2%, Ministère de la santé, Analyse situationnelle des services de santé de la reproduction au Burkina Faso, 2006).

Pour l'élaboration de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU, le transport des bénéficiaires des soins par les ambulances des structures sanitaires a été retenu et le coût a été établi. Le coût du transport d'un bénéficiaire de SONU a été estimé à dix mille (10 000) FCFA en moyenne, il est inclus dans l'estimation des coûts des différents SONU (55 000 et 18 000 FCFA). Dans les situations où le transport du bénéficiaire est assuré par une ambulance autre que celle de la structure qui offre en dernier ressort la prestation, la structure qui a offert la prestation doit rembourser les dix mille (10 000) FCFA à la structure dont l'ambulance a assuré le transport du bénéficiaire. Cette approche devrait permettre de limiter les

dérives et de relancer le système de référence et de contre référence entre les différents niveaux. Des mécanismes de transport et de communication basés sur les motos ambulances, l'utilisation des réseaux administratifs de commandement (RAC) et les téléphones cellulaires ont fait leur apparition dans plusieurs expériences au Burkina Faso. L'expérience de l'utilisation des motos ambulance pour le transport des patientes des villages vers les formations sanitaires est en expansion avec la dotation de motos ambulances aux formations sanitaires. Cette expérience nécessite une amélioration quant à la conception de ces ambulances qui devra être revue pour les rendre plus pratique (moto de traction, profondeur du brancard, roue de secours, ceinture de sécurité et surtout la stabilité). Dans le transport des patientes des villages vers les centres de santé, il est possible de développer des initiatives qui impliquent le secteur privé.

Enfin, le 6ème Programme de coopération entre le Burkina Faso et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) pour la période 2006-2010 a été évalué en 2009. L'une de ses recommandations pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles était de : «Évaluer le système de référence et de contre référence, en insistant sur les aspects de gestion communautaire des ambulances ».

### **Revue systématique.**

Des revues systématiques sur les transports sanitaires et leur impact sur la mortalité maternelle n'ont pas été retrouvées. Cependant, plusieurs études isolées se sont penchées sur cette question et ont présenté des résultats intéressants. Une revue documentaire nous a permis de colliger ces études qui sont présentées ci-dessous.

Un grand nombre de femmes meurent en attendant des moyens de transport ou lors du transport aux établissements de première référence, suite à l'inadéquation des transports d'urgence. Par exemple à Addis Ababa, en **Ethiopie**, 13 % des décès maternels notés sur une période de deux ans ont eu lieu lors du déplacement à l'hôpital. Les transports à un établissement sanitaire adéquat représentaient également un problème important. Dans

les zones d'un projet visant à réduire le taux des décès maternels, les communautés et les associations des transporteurs ont été mobilisées pour fournir un transport aux établissements dispensant des soins d'urgence. En **Sierra Leone**, où les véhicules sont très rares au niveau rural, un système a été organisé permettant de transporter à un centre de santé les femmes avec des complications dans un hamac porté par quatre hommes. Au **Nigéria**, où il existe des routes et où les voitures sont plus répandues, on a mobilisé des dirigeants communautaires pour qu'ils collaborent avec le syndicat des transporteurs locaux pour organiser un parc de véhicules pouvant être utilisés pour les transports d'urgence. On a sensibilisé à cette cause les chauffeurs du syndicat et on a créé un fonds de roulement pour le carburant utilisé pour les cas d'urgence. Au **Ghana**, les communautés ont créé un parc de véhicules pouvant être utilisés pour les transports d'urgence dans la région. Au **Mali**, les communautés ont mis en place des fonds d'assurance communautaire où l'on peut obtenir l'argent nécessaire pour acheter jusqu'à 100 litres de carburant pour les transports d'urgence.

L'étude sur la mortalité maternelle au Zimbabwe a indiqué que la non disponibilité des moyens de transport contribuait pour 28 % dans la survenue des décès dans la zone rurale de l'étude et à 3 % dans la zone urbaine de l'étude (Fawcus et al., 1996). L'étude indiquait également que parmi les décès de la zone rurale, sept étaient des femmes qui étaient restées dans des cases spéciales (ressemblant aux maternités), tel qu'on leur avait conseillé, mais qui étaient décédées parce qu'elles n'avaient pas eu de moyen de transport pour se rendre à un établissement de niveau plus élevé.

En **Gambie**, la communauté a inventé des charrettes motorisées pour emmener les femmes à un endroit où les transports publics et les bateaux sont disponibles. Le taux de mortalité maternelle a diminué, passant de 2716 pour 100 000 naissances vivantes à 1051, soit une réduction de 61 % (Greenwood, 1991). Toutefois, il faut noter que le centre de santé de la zone de l'étude avait été rénové, de sorte à pouvoir traiter les urgences pendant la période de l'étude et que les transports en cas d'urgence étaient

également meilleurs.

A **Matlab**, au **Bangladesh**, dans une étude expérimentale des infirmières/sages-femmes du secteur public ont été affectées dans les postes de santé des zones rurales. Ces infirmières/sages-femmes ont été soutenues dans leur travail par un solide système d'orientation disposant d'une maternité capable de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base et soutenue à son tour par un district d'hôpital avec des services de soins obstétricaux d'urgence complets. Un système de transport capable d'emmener la patiente du poste de santé rural à la maternité (par bateau) et de la maternité à l'hôpital de district (par ambulance) a également été mis en place. D'après les indications, le taux de mortalité a nettement diminué, passant de 440 à 140 décès pour 100 000 naissances dans la zone de l'étude pendant la période de trois ans allant de 1987 à 1989 alors que, dans la zone témoin, la baisse n'était pas aussi importante -- le taux de mortalité a baissé pour passer de 390 à 380 (Fauveau et al., 1991). Aussi, cette étude a-t-elle permis de montrer que l'affectation de sages-femmes dans les zones rurales permettait un diagnostic précoce avec traitement ou stabilisation des complications obstétricales et un plus grand nombre d'orientations vers le centre de santé comptant des médecins dans son personnel (Maine et al., 1996). Grâce à un solide système d'orientation et aux arrangements de transport qui avaient été pris, les patientes de la zone de l'étude ont pu se rendre au centre de santé et, si nécessaire, à l'hôpital de district en plus grand nombre et probablement en meilleur état. Outre l'affectation des sages-femmes au niveau des postes de santé dans les villages, un système de référence opérationnelle est un élément capital en vue de diminuer la mortalité maternelle.

De manière pratique, il convient de :

- Adopter rapidement et mettre en œuvre la stratégie de services à base communautaire ;
- Doter tous les villages en moto ambulance (ou autres moyens de locomotion adaptés) avec un système pérenne de maintenance ;
- Assurer de façon équitable le transport de toutes les parturientes ;

- Mettre un mécanisme de veille au sein de la communauté ;
- Renforcer les FS en personnel qualifié ;
- Renforcer la sensibilisation des communautés sur les facteurs de risque et les signes de dangers, de la préparation à l'accouchement etc... en s'appuyant sur les collectivités locales ;
- Développer des nouvelles approches de communication : expériences structurées, approches par les compétences ;
- Améliorer le système de communication entre les structures de soins : infrastructures routières, téléphonies ;
- Améliorer la conception des ambulances moto
- Inciter les initiatives privées dans le système d'évacuation

Pendant les neuf mois de grossesse, la femme vit dans sa communauté. La survenue de complications se fait également dans la majorité des cas à ce niveau. En renforçant les capacités des communautés à assurer un transfert rapide des cas, nous allons contribuer à réduire les deux premiers retards. Cette disposition assure une équité d'accès aux soins d'urgence. L'implication de la communauté va aider au monitoring de cette action.

### *2.3. Passage à l'échelle du système de partage des coûts (SPC)*

#### **Principaux résultats attendus**

- le mécanisme de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales en complément de la prise en charge des SONU par le Gouvernement est mis en place avec la participation de tous les concernés ;
- le mécanisme de partage des coûts est fonctionnel et est complémentaire de la prise en charge des SONU ;
- le mécanisme de partage des coûts pour les urgences obstétricales contribue à la réduction de la mortalité maternelle.

## ***Situation actuelle au Burkina Faso***

Le projet « Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence » (AQUASOU), financé par le Ministère des Affaires Etrangères Français (MAE-F) (2003 – 2006), avait pour but de contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales dans les 17 pays membres de la SAGO (Société Africaine de Gynécologie Obstétrique). Au Burkina, le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou avait été choisi comme site du projet. Le projet avait deux volets : un volet qualité et un volet accessibilité. Pour l'**accessibilité**, un système de partage des coûts pour la prise en charge des évacuations (des centres de santé du district vers le CMA du secteur 30) et des interventions chirurgicales (le plus souvent, césariennes) a été mis en place. Le principe est que les coûts soient partagés entre quatre acteurs: les familles, les comités de gestion, l'hôpital (Ministère de la Santé), les collectivités locales (Mairie et Haut-commissariat). C'est à dire que sur une prise en charge (transport, intervention, soins postopératoires) évaluée à 74.000 CFA, il est demandé 25.000 CFA à la patiente, le reste étant couvert par les autres acteurs. Plus de 350 femmes ont bénéficié du partage des coûts. Une étude de satisfaction auprès des usagers a été réalisée en juin 2005. Les personnes interrogées trouvent que le système de partage des coûts soulage réellement les familles et contribue à la rapidité de la prise en charge. L'expérience du district sanitaire du secteur 30 a contribué à la réflexion sur le financement des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso. En outre, depuis 2004, Family Care International (FCI) a contribué financièrement au système de partage solidaire des coûts des soins obstétricaux d'urgence dans le district sanitaire de Ouargaye. Les responsables sanitaires du district en collaboration avec la communauté et l'appui financier et technique de l'UNICEF ont mis en place un fonds pour subventionner les coûts des urgences obstétricales et chirurgicales. Les responsables du district ont demandé à FCI de transformer son appui en kits de médicaments d'urgence, qu'il fournissait depuis 2003, en appui pour assurer le volet carburant de système de partages des coûts pour l'ambulance ou le groupe électrogène

de l'hôpital de district. Cet appui du projet a aidé des familles pauvres à avoir accès aux services de référence.

Le renforcement / mise en place d'un système de partage des coûts des soins dans tous les districts a été retenu mais n'a pas connu un passage à l'échelle à ce jour. Si cela venait à se concrétiser, il doit s'accompagner d'une rationalisation de la prise en charge des urgences obstétricales.

### ***Revue systématique***

Des revues systématiques sur le mécanisme de partage des coûts ou les mutuelles de santé et leur impact sur la mortalité maternelle n'ont pas été retrouvées. Cependant, plusieurs études isolées se sont penchées sur cette question et ont présenté des résultats intéressants. Une revue documentaire nous a permis de colliger des études qui sont présentées ci-dessous.

Le manque d'argent pour acheter des consommables et des médicaments essentiels pour les SOBU a été identifié comme l'une des barrières entravant le traitement des complications. Dans le cadre d'un projet de réduction de la mortalité maternelle en **Sierra Leone**, les communautés ont été encouragées à créer des fonds de prêt communautaire. Les sommes par habitant ont été fixées et le remboursement a été surveillé par le chef communautaire. Les fonds étaient gérés par les comités de développement villageois et des prêts étaient accordés aux femmes qui ne pouvaient pas payer le traitement. Comparé aux communautés sans fonds de prêt communautaire, l'utilisation des services de santé a augmenté pour les soins obstétricaux d'urgence chez les femmes des communautés ayant des fonds de prêt communautaire pendant la période de l'étude. L'utilisation des services de santé est restée inchangée dans les communautés sans fonds de prêt communautaire.

**Au Mali**, un système d'orientation de la mère, comprenant la prestation de soins obstétricaux d'urgence de base et complets, le transport dans un centre de santé dispensant des soins obstétricaux et des systèmes de

partage des coûts dans la collectivité, a été mis en œuvre dans six districts sanitaires ruraux de la région de Kayes, entre décembre 2002 et novembre 2005. Dans le cadre d'une étude «avant et après» non contrôlée, toutes les urgences obstétricales, les interventions obstétricales majeures et les décès maternels sur une période d'observation de 4 ans (du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 30 novembre 2006), couvrant l'année avant l'intervention (P-1), l'année de l'intervention (P0) et les années débutant 1 an et 2 ans après l'intervention (P1 et P2 respectivement) ont été enregistrés. La principale mesure de résultat était le risque de décès chez les patientes présentant une urgence obstétricale, calculé à partir des taux de létalité et des odds ratios bruts. Les résultats des analyses ont été ajustés par régression logistique pour tenir compte des facteurs de confusion. Le nombre de femmes recevant des soins obstétricaux d'urgence a doublé entre P-1 et P2 et le taux d'interventions obstétricales majeures (principalement des césariennes), pratiquées pour des indications maternelles absolues, est passé de 0,13 % en P-1 à 0,46 % en P2. Pour les femmes prises en charge pour une urgence obstétricale, le risque de décès 2 ans après l'intervention était inférieur de moitié à celui enregistré avant l'intervention (odds ratio, OR : 0,48 ; intervalle de confiance à 95 %, IC : 0,30-0,76). Les taux de mortalité maternelle ont diminué plus fortement parmi les femmes aiguillées vers des soins obstétricaux d'urgence que parmi celles s'étant présentées dans des centres de santé de district, sans aiguillage. Près de la moitié (47,5 %) de cette baisse de mortalité était attribuable à la diminution des décès par hémorragie. Il a été observé pour cette intervention des effets rapides, imputables à la disponibilité des interventions obstétricales majeures dans des centres de santé de district, à la réduction du temps de transport dans ces centres pour y recevoir un traitement et à la réduction des obstacles financiers à la dispensation des soins. Ces résultats montrent que les programmes nationaux sont applicables dans les pays à faible revenu sans apport financier externe majeur et qu'ils peuvent améliorer rapidement la couverture des services obstétricaux et diminuer notablement le risque de décès associé aux complications obstétricales.

De manière pratique, il semble indiquer de :

- mobiliser des ressources additionnelles pour le processus de mise en œuvre du système de partage des coûts (SPC);
- réfléchir sur le type de SPC pour les districts centrés sur les CHR ;
- mettre en œuvre la politique de prise en charge des indigents et des cas sociaux ;
- former et superviser les agents de santé.

Le système de partage des coûts favorise l'accès financier des populations et surtout des plus pauvres aux services de prise en charge des urgences obstétricales. Le processus de mise en place de ce système est un peu long mais le coût est supportable. La mise en place d'un comité de gestion de ce système améliore le suivi de son application. La mise en œuvre de la politique de prise en charge des indigents et des cas sociaux permettra de prendre en charge la frange de la population exclue du SPC.

Selon une étude menée dans le district de Diapaga sur le système de partage des coûts, il ressort que ce système améliore la référence et l'évacuation. La réduction des délais d'évacuation, de prise en charge des patients évacués à l'hôpital de district et de la létalité postopératoire a contribué à l'amélioration de l'accessibilité de la prise en charge.

### **3. CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES OPTIONS POLITIQUES**

Dans cette partie, il s'agira de décrire les obstacles possibles à la mise en œuvre de ces options de politique ci-dessus décrites ainsi que les stratégies de mise en œuvre. Cette description prendra en compte les utilisateurs, les agents de santé et l'organisation du système de santé.

### *3.1. Motivation du personnel*

#### ***Les obstacles ci-dessous peuvent compromettre la mise en œuvre de cette option de politique :***

- ❖ Au niveau des utilisateurs : comportement négatif des usagers vis-à-vis des prestataires: le personnel a besoin d'être valorisé et soutenu moralement par les bénéficiaires des services de santé ;
- ❖ Au niveau des agents de santé : l'absence de vocation dans le choix des emplois et l'absence de modèle pour la performance limitent la motivation du personnel à offrir des soins et surtout de qualité aux populations en général et aux femmes en particulier. Cette situation est encore aggravée par la recherche effrénée du gain ;
- ❖ Au niveau de l'organisation du système de santé : les éléments suivants entravent la motivation du personnel prestataire à offrir des soins de qualité :
  - mauvaises conditions de travail (équipement, logement, accès à l'eau potable, électricité,...) ;
  - insuffisance du mécanisme de supervision ;
  - formation continue non basée sur les besoins ;
  - insuffisance de suivi des carrières ;
  - impunité.

#### ***Pour la mise en œuvre de cette option politique, les stratégies suivantes doivent être entreprises :***

- Information sensibilisation sur les droits et devoirs des usagers ;
- Revue du mode de recrutement des agents ;
- Développement d'un mécanisme de motivation basée sur la performance ;
- Renforcement de l'enseignement de la déontologie ;
- Amélioration des conditions de travail (électrification des FS, maintenance des logements, renouvellement des équipements,..) ;
- Application des textes législatifs et règlementaires ;

- Revue de tout le mécanisme de supervision (gradient de compétence ; grille de supervision, conduite de la supervision, feed back...)
- Analyse des besoins de formation et planification ;
- Application effective des nouvelles mesures pour la gestion des carrières.

### *3.2. Intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales*

#### ***Les obstacles ci-dessous peuvent compromettre la mise en œuvre de cette option de politique :***

- ❖ Au niveau des utilisateurs : la méconnaissance des signes de danger, l'insuffisance de motivation des personnes impliquées, l'insuffisance de ressources financières, l'absence de maintenance des moyens logistiques, la mauvaise gestion des ressources matérielles et financières et l'insuffisance des moyens logistiques pour le transfert entravent l'implication des communautés dans le transfert rapide des urgences vers les services de soins ;
- ❖ Au niveau des agents de santé : l'insuffisance dans l'identification des personnes à former (le profil de personnes à former...) et dans l'organisation des communautés ne permettent pas d'assurer ce transfert rapide des urgences ;
- ❖ Au niveau de l'organisation du système de santé : l'insuffisance d'appui en logistique pour les organisations à base communautaire, l'inadaptation des supports de formation, l'insuffisance de formateurs qualifiés, des ressources financières et leur mauvaise gestion, l'enclavement des localités et l'insuffisance du suivi de la mise en œuvre des interventions limitent les capacités de transfert rapides des urgences obstétricales.

#### ***Pour la mise en œuvre de cette option de politique, les stratégies suivantes doivent être entreprises :***

- Information-sensibilisation adaptée et continue ;
- Définition claire d'un moyen de rétribution des personnes impliquées ;

- Dotation des villages en moto ambulance avec un système pérenne de maintenance ;
- Formation supervision des agents de santé.

### *3.3. Passage à l'échelle du système de partage des coûts*

#### ***Les obstacles ci-dessous peuvent compromettre la mise en œuvre de cette option de politique :***

- ❖ Au niveau des utilisateurs : l'analphabétisme, la méconnaissance du système de partage des coûts, la perception de la prévention des maladies par les populations, la mauvaise gestion financière, le refus de cotiser pour la santé d'autrui ne facilitent pas la mise en place de ce système;
- ❖ Au niveau des agents de santé : la longue durée pour la mise en place du système (plusieurs étapes), le financement appuyé uniquement par les partenaires et la réduction des "deals " motivent très peu les agents de santé à s'y lancer ;
- ❖ Au niveau de l'organisation du système de santé : le coût financier élevé du processus de mise en place du mécanisme de partage des coûts, la problématique des districts centrés sur le CHR (statut des EPE) dont la situation n'est pas compatible avec le système de partage de coût, l'absence d'une population de l'aire de couverture qui a recours à cette structure de soins et l'insuffisance de textes réglementaires pour encadrer le fonctionnement des SPC.

#### ***Pour la mise en œuvre de cette option politique, les stratégies suivantes doivent être entreprises :***

- Information-sensibilisation adaptée et continue ;
- Mobilisation des ressources additionnelles (budget de l'Etat) pour le processus ;
- Prise et/ou renforcement de textes réglementaires encadrant la mise en œuvre et le fonctionnement des SPC ;

- Formation des comités de gestion et des élus locaux ;
- Formation supervision des agents de santé ;
- Réflexion sur le type de SPC pour les districts centrés sur les CHR et CHU.

Avant toute mise en œuvre de ces trois options politiques, une analyse de l'acceptabilité par les différentes parties prenantes doit être faite.

#### *3.4. Analyse de l'acceptabilité par les différentes parties prenantes*

Pour la mise en œuvre des différentes options politiques, il est important d'analyser la position des détenteurs d'enjeux vis-à-vis de ces options en vue d'en tenir compte. Dans ce sens, les différentes parties prenantes sont classées en favorable, neutre ou non favorable pour chaque option de politique.

Pour **la motivation du personnel**, les détenteurs d'enjeux sont les suivants : décideurs au niveau du Ministère de la santé (favorable), partenaires techniques et financiers (favorable), patients (neutres).

Pour **l'intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales**, les principales parties prenantes sont les suivantes : décideurs au niveau du Ministère de la santé (très favorable), partenaires techniques et financiers (favorable), agents de santé (favorable), patients (neutres).

Pour **le passage à l'échelle du système de partage des coûts**, les principales parties prenantes sont les suivantes : décideurs au niveau du Ministère de la santé (favorable), partenaires techniques et financiers (favorable), agents de santé (favorable), patients (non favorables).

#### *3.5. Coûts financiers des options politiques*

Pour les coûts estimatifs des options politiques, leur détermination a été faite en fonction des stratégies définies dans la description. Ainsi :

Pour **la motivation du personnel**, le coût estimatif est de quatre milliards soixante quinze millions (**4 075 000 000**) de francs CFA. Ces coûts sont des coûts récurrents. Il s'agit de prévoir une motivation de 50 FCFA par prestation et par agent de santé concerné.

Pour **l'intervention communautaire dans le transfert rapide des urgences obstétricales**, le coût estimatif est de deux milliards huit cent trente millions sept cent cinquante mille (**2 830 750 000**) francs CFA. La mise en place nécessite au moins 300 000 FCFA par village et cela pour les 8 000 villages que compte le pays. L'essentiel des coûts dans cette option sont des coûts initiaux, le reste servira pour le fonctionnement (réunion de suivi du comité de gestion des urgences).

Pour **le passage à l'échelle du système de partage des coûts**, le coût estimatif est de quatre cent dix huit millions sept cent cinquante mille (**418 750 000**) francs CFA. L'essentiel des coûts dans cette option sont également des coûts initiaux, le reste servira pour le fonctionnement. Sa mise en place est d'environ 7 500 000 FCFA. Ce coût a été estimé pour les 35 structures restantes. Le fonctionnement concerne les rencontres de coordination des comités de gestion.

#### **4. CONTRIBUTION DES AUTEURS**

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de la note de politique.

#### **5. CONFLITS D'INTERET**

Pas de conflit d'intérêt.

## **REMERCIEMENTS**

Nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette note de politique. Nos remerciements vont plus particulièrement à toute l'équipe du projet SURE, l'équipe du Professeur John Lavis de l'Université Mac-Master/Canada et l'équipe EVIPNet de l'OMS/HQ pour leurs contributions à l'élaboration de la présente note de politique.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Ministère de la Santé.** Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso, 2005.
- **Déclaration de Bamako, Vision 2010.** Forum sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique de l'ouest et du centre, 7-8 mai 2001 palais des congrès Bamako, Mali ;
- **Ministère de la santé.** Rapport d'évaluation de la mise en œuvre des soins d'urgence dans les hôpitaux du Burkina Faso, DMH/MS, mars 2002
- **Nacoulma D, Belemviré S & Djiguemdé AP.** Un partenariat pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins d'urgence : « les communautés s'impliquent », Communication aux 10ème Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso, 2003 ;
- **Nation unis.** Objectifs du Millénaire pour le développement, rapport 2007,
- **Déclaration du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA** sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, 24-27 avril 2000, Abuja, Nigeria.
- **Fonds Monétaire International, Burkina Faso.** Programme d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP : rapport de mise en œuvre de la commission sectorielle et thématique chargée des secteurs sociaux pour l'année 2008 ; rapport final août 2008
- **Ministère de la santé.** Document de politique sanitaire nationale, Burkina Faso, septembre 2000 ;
- **Ministère de la santé.** Plan national de développement sanitaire 2001-2010, Burkina Faso, Mai 2001 ;

- **Ministère de la Santé.** Plan stratégique pour la maternité à moindre risque au Burkina Faso 2004 - 2008, 2004 ;
- **Ministère de la santé.** Programme national de prévention de la transmission mère enfant du VIH, Burkina Faso, octobre 2006;
- **Ministère de la santé.** Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs 2006-2015, Burkina Faso;
- **Ministère de la santé.** Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso (feuille de route), octobre 2006
- **Ministère de la santé.** Réduire la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso : Gratuité des soins aux femmes et aux nouveau-nés, Burkina Faso, Mars 2010;
- **Ministère de la santé.** Plan de mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, Burkina Faso, Avril 2006 ;
- **Ministère de l'Economie et des Finances.** Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003, Ouagadougou 2004;
- **Ministère de la santé.** Annuaire statistique 2008 du Burkina Faso, juin 2009
- **Family Care International Burkina Faso,** Rapport de fin de projet sur L'Initiative pour les Soins Qualifiés: Sauver la Vie des Femmes dans le District de Ouargaye, Burkina Faso, Octobre 2007;
- **Ministère de l'Economie et des Finances.** Recensement général de la population et de l'habitation de 2006. Résultats définitifs, juillet 2008 ;
- **RMPM Baltussen et al.,** Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso, 2002;

- **Ministère de l'Economie et des Finances.** Enquête démographique et de santé 1998-1999 ;
- **Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan,** and F. Halsey Rogers. Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries, May, 2005 ;
- **Ministère de la santé, OMS.** Motivation des personnels de santé : motivation, leadership et performance des équipes dirigeantes du secteur public de la santé du Burkina Faso, novembre 2003 ;
- **Mozambican midwives' views on barriers to quality perinatal care.** Health Care Women Int. 2006 Feb; 27(2):145-68. PubMed PMID: 16484159 ;
- **WHO, UNICEF, UNFPA, and the WORL BANK.** Estimate maternal mortality in 2005;
- **Ministère de la santé.** Besoins obstétricaux non couverts expérience du Burkina Faso, document provisoire, Mars 2001 ;
- **UNICEF.** Niveau de mortalité des différents pays en Afrique de l'Ouest, 2007 ;
- **IMPACT.** Extension de l'autopsie verbale pour examiner les causes sociales et médicales de la mortalité maternelle, octobre 2008;
- **Ministère de la santé.** Plan de gestion des effectifs et la mobilisation des ressources humaines du Ministère de la santé, document final, Burkina Faso, septembre 2006 ;
- **Mbaruku G, Bergström S.** Reducing maternal mortality in Kigoma, Tanzania.
- **Health Policy Plan.** Mar;10(1):71-8. PubMed PMID: 10141624, 1995;

- **Ministère de la santé**, Manuel d'exécution de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des SONU au Burkina Faso, avril 2006;
- **Burkina Faso et UNFPA** : Evaluation final du 6<sup>ème</sup> programme de coopération UNFPA-Burkina Faso 2006-2010, Septembre 2009 ;
- **May Post**, Prévenir la mortalité maternelle par le biais des soins obstétricaux d'urgence, Avril 1997, [http://sara.aed.org/publications/reproductive\\_health/maternal\\_mortality/html/eocf.htm](http://sara.aed.org/publications/reproductive_health/maternal_mortality/html/eocf.htm) ;
- **Charlemagne Ouédraogo, Fabienne Richard, Juliette Compaoré, Cyril Wissocq, Dominique Pobel, Fatoumata Ouattara, Marc-Eric Gruénais, Vincent De Brouwere**, Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso, Studies in HSO&P, 25, 2008 ;
- **Lankoande J, Ouedraogo CM, Ouedraogo A, Bonane B, Toure B, Dao B, Sondo B, Kone B**. Obstetrical transport services and fetal-maternal mortality in Burkina Faso. Med Trop (Mars). 1997;57(3):311. French. PubMed PMID: 9513168;
- **Thaddeus S, Maine D. Too far to walk**: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994 Apr;38(8):1091-110. Review. PubMed PMID: 8042057;
- **De Allegri M, Sauerborn R, Kouyaté B, Flessa S**. Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? Trop Med Int Health. 2009 May;14(5):586-96. Epub 2009 Mar 11. Review. PubMed PMID: 19389037;
- **Moran AC, Sangli G, Dineen R, Rawlins B, Yaméogo M, Baya B**. Birth-preparedness for maternal health: findings from Koupéla District, Burkina Faso. J Health Popul Nutr. 2006 Dec;24(4):489-97. PubMed PMID: 17591346;

- **Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J.** Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD005314. Review. PubMed PMID: 19160251;
- **Blaauw D, Erasmus E, Pagaiya N, Tang charoensathein V, Mullei K, Mudhune S, Goodman C, English M, Lagarde M.** Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. Bull World Health Organ. 2010 May;88(5):350-6. PubMed PMID: 20461141; PubMed Central PMCID: PMC2865663;
- **Mathauer I, Imhoff I.** Health worker motivation in Africa : the role of non – financial incentives and human resource management tools. Hum Resour Health. 2006 Aug 29;4;24. PubMed PMID : 16939644; PubMed Central PMCID : PMC1592506 ;
- **Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P.** Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008 Dec 4;8:247. PubMed PMID: 19055827; PubMed Central PMCID: PMC2612662;
- **Ministère de la santé,** Stratégie nationale de financement basé sur les résultats, juillet 2010 ;
- **Ministère de l’Economie et des Finances.** Analyse des résultats de l’enquête burkinabè sur les conditions de vies des ménages ; Rapport final, Novembre 2003 ; Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)
- **Ministère de la promotion de la femme.** Document de politique nationale genre du Burkina Faso, octobre 2009 ;

- **European observatory on health systems and policies series.** Decentralization in health care. Strategies and outcomes, 2007;
- **IMPACT, Population reference bureau.** Impact Key Findings and Policy Implications, February 2007;
- **EVIPNet.** Support summary of systematic review: Does user fees have an impact on access to health services? August 2008;
- **EVIPNet.** Support summary of systematic review: Does pay for performance Steal From the Poor and Give to the Rich? Septembre 2010 ;
- **Guiguimé Amédée Prosper,** Réorganisation du système de référence avec partage des coûts, quels effets sur la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales, expérience du District sanitaire de Diapaga au Burkina Faso, 2005 ;
- **FOURNIER, Pierre et al.** Amélioration de l'accès à des soins obstétricaux d'urgence complets et effets sur la mortalité maternelle en milieu hospitalier, dans une région rurale du Mali. Bull World Health Organ [online]. 2009, vol.87, n.1, pp. 30-38. ISSN 0042-9686.

## **ANNEXES**

### ***ANNEXE 1 : METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA NOTE DE POLITIQUE SUR LA MORTALITE MATERNELLE***

La présente note de politique (policy brief en anglais) a été élaborée par une équipe multidisciplinaire. Son élaboration a débuté avec un groupe restreint de trois personnes qui s'est élargi par la suite pour la finalisation. La présentation de la méthodologie suivie va comporter quatre points qui sont : choix du thème, l'élaboration du document, les revues internes et externes et l'organisation du forum délibératif.

#### **CHOIX DU THEME**

Le choix du thème a été guidé par plusieurs facteurs : tout d'abord les autorités du ministère de la santé et le gouvernement tout entier se sont engagés à réduire la mortalité maternelle par la mise en œuvre d'un certain nombre de stratégies financées parfois entièrement par le budget de l'Etat. Des rencontres récentes ont encore galvanisé les décideurs à accorder davantage d'attention à la santé de la mère et de l'enfant (rencontre de 2009) à Adis Abéba.

#### **REDACTION DE LA NOTE DE POLITIQUE**

Pour l'élaboration de cette note de politique, une équipe restreinte de trois personnes a été mise en place pour le travail. Composé d'une personne de la Direction de la santé de la famille, d'une personne de la Direction des études et de la planification et d'un conseiller du ministre, l'équipe a d'abord recherché les preuves scientifiques relatives au thème. Cette recherche a été faite à partir de la base de données REDO qui contient plus de 8000 références sur les études et recherche réalisées dans le domaine de la santé (publications et littérature grise). Le volet santé de la reproduction a permis de retenir un certain nombre de documents en relation avec la mortalité maternelle. Des documents généraux sur la mortalité maternelle ont

également été utilisés (politique, programmes, autres textes). L'Université de MacMaster et EVIPNet OMS Genève nous ont transmis des revues systématiques sur la mortalité maternelle. D'autres bases ont été visitées sur Internet à la recherche de preuves scientifiques relatives à la mortalité maternelle (HINARI, PubMed...)

Ces différents documents ont été examinés selon les critères suivants :

i) le thème portant sur la mortalité maternelle au Burkina Faso ; ii) le thème portant sur la mortalité maternelle dans la sous région ; iii) la qualité de la méthodologie utilisée pour réaliser l'étude ; iv) le contenu du résultat.

C'est ceux qui remplissaient ces critères qui ont été retenus et inclus dans la note de politique.

Pour identifier les options, l'équipe a utilisé non seulement des revues systématiques mais aussi des informations pertinentes provenant des résultats de recherche.

Les critères de sélection des revues ont été les suivants : i) le thème, ii) les échantillons utilisés dans la réalisation des études, iii) l'approche globale des études, iv) la pertinence des résultats (apports) et v) la liste de référence des différents articles.

Les plus pertinents ont été retenus pour les inclure dans la note de politique.

Un premier draft de la note de politique a d'abord été élaboré et soumis à des reviewers internes et externes. A cette étape, le rôle des reviewers externes étaient de voir la possibilité d'application du questionnaire de l'évaluation formative. Plusieurs travaux de groupe ont été nécessaires pour obtenir ce document.

## **REVUE INTERNE ET EXTERNE**

Trois examinateurs internes ont été retenus pour lire le dernier draft et y apporter des observations. Des amendements pertinents furent faits et cela a occasionné une rencontre de travail avec les intéressés pour améliorer le document. Ces examinateurs internes étaient composés d'un chercheur, d'un intervenant et d'un décideur. Il s'agit de Messieurs Gbangou Adjima,

Zida André et de Dr. Sanou/Ira Arlette. Quant aux lecteurs externes, ils ont relevé l'absence de réponses à un certain nombre de questions mentionnées dans le questionnaire d'évaluation formative. Ces observations ont permis de les prendre en compte dans la dernière version.

## **FORUM DELIBERATIF**

Pour discuter les différentes options proposées dans la note de politique, un forum délibératif (dialogue politique ou policy dialog) sera organisé. Ce forum va regrouper les décideurs, les chercheurs et la société civile, du niveau central et périphérique, qui examineront à fond et de façon contradictoire les options. La pertinence des options, les avantages et inconvénients, leur applicabilité au niveau national et le coût seront largement discutés avant de décider du choix de ou des options à mettre en œuvre par le gouvernement.

## *ANNEXE 2 : LES INTERVENTIONS VISANT A REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE*

Les interventions qui contribuent de façon directe à la réduction de la mortalité maternelle sont:

1. Le sulfate de magnésium pour l'éclampsie et la pré-éclampsie ;
2. L'antibiothérapie prophylactique en prénatal et en intra-partum.

Il y'a d'autres interventions qui ont montré leur efficacité dans la réduction des facteurs qui mènent à la mortalité maternelle. Ce sont:

1. la gestion active du troisième stade du travail ;
2. la version céphalique externe de la présentation du siège ;
3. la supplémentation en fer par voie orale ;
4. l'injection dans la veine ombilicale pour la gestion de la rétention placentaire ;
5. le traitement de l'hémorragie post-partum primaire ;
6. les interventions chirurgicales pour évacuer l'avortement incomplet ;
7. les médicaments pour la prévention des maladies liées au paludisme chez les femmes enceintes et la mort du nouveau-né.

Bien qu'il n'a été retrouvé qu'une seule revue systématique qui documente directement une réduction de la mortalité maternelle, la qualité de l'évidence pour l'efficacité des interventions préventives et thérapeutiques pour les principales causes de mortalité maternelle est soit élevée soit moyenne.

Toutefois, ces interventions n'ont pas souvent eu pour cible les mères et les enfants qui en avaient besoin.

Les thèmes prioritaires pour lesquels une revue systématique est nécessaire sont : le dépistage des complications, le rôle du partogramme, les suppléments nutritionnels et les pratiques aseptiques (propres) lors de l'accouchement. Les interventions prioritaires pour les quels les études sont

nécessaires sont les interventions pour la prévention des hémorragies et l'utilisation du système d'orientation-recours (référence/ contre référence).

<b>Tableau N°1 : Interventions en période per-partum dans la réduction de la mortalité maternelle</b>						
Question : Faut-il réduire le nombre de consultations prénatales vs schéma standard de la consultation prénatale pour les grossesses à faible risque?						
Cible ou population : femmes à moindre risque en consultation prénatale						
Site(s) : pays à revenu moyen et bas						
Intervention : réduction des nombres de visites en consultation prénatale						
Comparaison : schéma standard de la consultation prénatale						
Résultats	Nombre de participants (nombre d'études)	Groupe contrôle (étendue)	Impact		Qualité de l'évidence (GRADE)	Commentaires
			Relative	absolu		
Mortalité maternelle	44911 (4)	1.1.1. (0.1%)	1.1.2. RR 0.91	0 /1000	⊕⊕⊕○ Moyen	
Pré-éclampsie	NaN (2)		RR 0.91	0/1000	⊕⊕⊕○ Moyen	Le dépistage de la pré-éclampsie est relativement facile dans les cliniques, où l'on doit interroger pour avoir une bonne histoire de la maladie, faire un bon examen physique approfondi, une mesure de la pression artérielle et un test d'urine
Coûts	NaN (2)	(38.9 US\$ à 71.4US\$ %)		WMD	⊕⊕○○ Faible	Les consultations prénatales dans les pays à faible et moyen revenu à peut être fournie par des prestataires de soins comme les médecins, les infirmières et les sages-femmes qui peuvent être pris en charge par le gouvernement ou des organisations non gouvernementales. Un tel soutien permet un accès gratuit aux soins, supprimant ainsi l'un des obstacles à ces soins.

Author(s): M ario Festin

Date: 9/25/2006

Systematic review: Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M . Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 9, 2006. Oxford: Update Software Ltd. Available from <http://www.rhlibrary.com>.

## Tableau N°2 : Interventions en période per-partum dans la réduction de la mortalité maternelle

Cible ou population : femmes en pré-éclampsie Site(s) : USA, Danemark, Mexique, Afrique du Sud y compris les pays à revenu moyen et bas Intervention : utilisation du sulfate de magnésium Comparaison : sans traitement/placebo						
Résultats	Nombre de participants (nombre d'études)	Groupe contrôle (étendue)	Impact		Qualité de l'évidence (GRADE)	Commentaires
			Relative	absolu		
Décès maternels	10795 (3)	(0.4%)	RR 0.54 (0.26 à 1.10)	2 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	La pré-éclampsie est une partie d'un faisceau de complications de l'hypertension lors de la grossesse qui comprend l'éclampsie qui est plus à risque pour la santé maternelle la mortalité. Certains cas de pré-éclampsie sont modérés.
Eclampsie	11444 (7)	(1.9%)	RR 0.54 (0.26 à 0.58)	11 fois moins/1000	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Elevée	La prévention de l'éclampsie est un pas de plus vers la prévention maternelle la mortalité.
Œdème pulmonaire	10560 (3)	(0.6%)	RR 0.97 (0.60 à 1.57)	0 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	
Insuffisance rénale	10110 (1)	(1.2%)	RR 0.80 (0.55 à 1.17)	2 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	
Insuffisance hépatique	10110 (1)	(1.3%)	RR 0.78 (0.54 à 1.11)	3 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	
Attaque (AVC)	10110 (1)	(0.2%)	RR 0.5 (0.13 à 2.0)	1 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	L'AVC est généralement considéré comme une complication de l'hypertension, même dans la grossesse
Arrêt cardiaque	10110 (1)	(0.1%)	RR 0.80 (0.21 à 2.98)	0 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	
Arrêt respiratoire	10110 (1)	(0%)	RR 2.50 (0.49 à 12.88)	-1 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	
Hémorragie du postpartum	8909 (1)	(17.5%)	RR 0.96 (0.88 à 1.05)	7 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Forte	Le sulfate de magnésium a un certain effet tocolytique qui peut réduire les contractions utérines

### Tableau N°3 : Interventions en période per-partum dans la réduction de la mortalité maternelle

Question : utilisation de n'importe quel médicament antipaludique vs aucun médicament pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte?

Cible ou population : 8768 femmes

Site(s) : Ouganda, Gambie, Nigeria, Tanzanie, Thaïlande, Kenya et Malawi

Intervention : utilisation d'un médicament antipaludique pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte

Comparaison : aucun médicament antipaludique pour prévenir le paludisme chez la femme enceinte

Résultats	Nombre de participants (nombre d'études)	Groupe contrôle (étendue)	Impact		Qualité de l'évidence (GRADE)	Commentaires
			Relative	absolu		
Toutes les femmes enceintes						
Mortalité maternelle	1049 (1)	(0.6%)	RR 0.34 (0.04 à 3.27)	4 fois moins/1000	⊕ ○ ○ ○ Très faible	
Besoin de transfusion	339 (1)	(3.6%)	RR 0.65 (0.19 à 2.28)	13 fois moins /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	
Mort périnatale	2890 (4)	(4%)	RR 1.02 (0.73 à 1.43)	1 fois plus /1000	⊕ ⊕ ○ ○ Faible	La majorité des études a été réalisée en Afrique pays où le paludisme est endémique. Les résultats peuvent ne pas être généralisables aux zones où le modèle de transmission du paludisme est plus instable. La résistance variant par année et par endroit, cela limite qui aussi de potentiels effets des limites de la généralisation des résultats. Il peut y avoir d'autres facteurs qui affectent le taux de mortalité périnatale ou qui sont spécifiques à ces pays.
Mort nés	1493 (2)	(2%)	RR 1.51 (0.80 à 2.84)	11 more /1000	⊕ ○ ○ ○ Très faible	
Episode de fièvre	227 (1)	(41.7%)	RR 0.42 (0.27 à 0.66)	242 fewer /1000	⊕ ⊕ ○ ○ Faible	
Prévalence parasitaire prénatale	328 (2)	(23.5%)	RR 0.53 (0.33 à 0.86)	111 fewer /1000	⊕ ○ ○ ○ Très faible	1.1.3.
Césarienne	1137 (1)	(10.3%)	RR 1.27 (0.92 à 1.76)	28 fewer /1000	⊕ ⊕ ○ ○ Faible	
Travail difficile	301 (1)	(6.1%)	RR 0.97 (0.39 à 2.37)	2 fewer /1000	⊕ ⊕ ⊕ ○ Moyen	

Effets indésirables	NaN (0)					La revue n'a pas rapporté les effets indésirables
Coûts	NaN (0)					La revue n'a pas rapporté les coûts. Pour les prestations de soins (prophylaxie ou traitement antipaludique) et pour un accès équitable aux infrastructures sanitaires où on peut obtenir des antipaludiques, on a besoin des infrastructures. Cela pourrait être intégré aux soins prénatals existants. Une plus grande sensibilisation aussi bien des professionnels de la santé que des femmes enceintes sur l'importance de cette intervention est également nécessaire
Femmes primigeste et deuxième geste						
Mortalité maternelle	772 (2)	(1.6%)	RR 0.97 (0.32 à 2.98)	0 fois moins/1000	⊕○○○ Très faible	
Anémie sévère prénatale	2809 (4)	(13%)	RR 0.62 (0.5 à 0.78)	46 fois moins /1000	⊕⊕○○ Faible	
Perinatal	1986 (3)	(9%)	RR 0.73 (0.53 à 0.99)	23 fois moins /1000	⊕⊕○○ Faible	Alors que l' intervalle de confiance atteint juste le seuil de signification statistique, l'estimation ponctuelle suggère une tendance plus forte vers le bénéfique. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la mesure de cet avantage
Mort s nés (y compris prophylaxie et traitement préventif intermittent	3454 (6)	(4%)	RR 0.87 (0.62 à 1.21)	6 fois moins /1000	⊕ ⊕○○ Faible	
Mort néonatale	2505 (4)	(4%)	RR 0.68 (0.44 à 1.05)	14 fois moins /1000	⊕⊕○○ Faible	
Prévalence parasitaire prénatale	2906 (7)	(30%)	RR 0.27 (0.17 à 0.44)	194 fois moins /1000	⊕○○○ faible	
Césarienne	294 (2)	(5%)	RR 0.95 (0.35 à 2.59)	2 fois moins /1000	⊕○○○ Très faible	

Patient ou population: femmes enceintes

Paramètres: la plupart des études sur la supplémentation quotidienne en fer ont été ?fr. industrialized fer countries. Intermittent et FA sont de LM IC

<b>Tableau N°4 : Interventions en période per-partum dans la réduction de la mortalité maternelle</b>						
Question : est-ce que la supplémentation en fer par voie orale avec ou sans acide folique peut être utilisée pour les femmes pendant la grossesse?						
Cible ou population : femmes enceintes						
Site(s) : la plupart des études sur la supplémentation quotidienne en fer ont été réalisées dans les pays industrialisés et avec la supplémentation intermittente en acide folique et FA dans les pays à revenu bas et moyen						
Intervention : supplémentation en fer et acide folique						
Comparaison :						
Résultats	Nombre de participants (nombre d'études)	Groupe contrôle (étendue)	Impact		Qualité de l'évidence (GRADE)	Commentaires
			Relative	absolu		
la mortalité maternelle (fer seul au quotidien de par rapport à aucune intervention / placebo)	47 (1)	(0%)	RR non estimable	Fewer /1000	⊕ ⊕ ○ ○ Faible	Aucune donnée disponible pour évaluer le fer par jour en monothérapie par rapport à intermittente fer seul sur la santé maternelle la mort
L'anémie à terme (Hb moins de 110 g /l) (de fer par jour en monothérapie par rapport à aucune intervention / placebo)	1696 (13)	(32.6%)	RR 0.26 (0.16 à 0.43)	241 fewer/1000	⊕ ⊕ ○ ○ Faible	Aucune donnée disponible pour évaluer le fer par jour en monothérapie par rapport à intermittente fer seul sur l'anémie à terme
Les effets secondaires (fer seul au quotidien de par rapport à aucune intervention / placebo)	1099 (6)	(11 .9%)	RR 1.9 (1.09 à 3.33)	-107 fewer/1000	⊕ ○ ○ ○ Très faible	Aucune donnée disponible pour évaluer le fer par jour en monothérapie par rapport à intermittente fer seul sur Effets secondaires
Coût (fer Quotidien seul rapport à l'absence intervention / placebo)	NaN (0)					Pas de données disponibles
la mortalité maternelle (Acide folique quotidienne de fer par rapport à aucune intervention / placebo)	NaN (0)					Aucune donnée disponible pour évaluer tous les jours le fer-folique par rapport à l'acide intermittente de fer folique l'acide sur la

						mortalité maternelle
L'anémie à terme (Hb moins de 110 g / L) (acide folique quotidienne de fer par rapport à aucune intervention / placebo)	346 (3)	(35.5%)	RR 0.27 (0.12 à 0.56)	259 fewer/1000	⊕⊕○○ Faible	Aucune différence statistiquement significative entre les intermittents fer et d'acide folique par rapport quotidienne d'acide folique de fer sur l'effet sur l'anémie à terme Cependant la confiance intervalle est large RR 1,20 [ 0,78, 1,83] n 475 patients
effets secondaires (Quotidien fer et d'acide folique par rapport pas intervention / placebo)	456 (1)	(0%)	RR 44.32 (2.77 à 709.09)	Fewer/1000	⊕⊕⊕○ Moyen	Les données de quatre essais dont 774 femmes (Chew 1996a; Chew1996b; Ekstrom2002; Robinson 1998) suggèrent que les femmes qui ont l'habitude de recevoir fer intermittente et l'acide folique supplémentation par rapport à quotidiens en fer-acide folique pendant la la grossesse sont plus susceptibles de faire rapport vomissements RR 1,69, IC à 95% de 1,15 à 2.
Coût (quotidiens en fer-d'acide folique par rapport à aucune intervention / placebo)	NaN (0)					Pas de données disponibles

Question : Si prophylactique des antibiotiques contre placebo ou absence de traitement, être utilisés pour la prévention de la morbidité infectieuse et la mortalité?

Patient ou la population: femmes dans leur deuxième ou troisième trimestre de la grossesse avant l'accouchement

Paramètres: 3 ont été menées dans les pays à revenu élevé (États-Unis et Pays-Bas), et 3 autres personnes de pays à faible revenu intermédiaire (le Kenya et Inde).

**Tableau N°5 :** Interventions en période per-partum dans la réduction de la mortalité maternelle

Résultats	Nombre de participants (nombre d'études)	Groupe contrôle (étendue)	Impact		Qualité de l'évidence (GRADE)	Commentaires
			Relative	absolu		
Chorioamnionitis	229 (1)	(2.7%)	RR 0.61 (0.1 à 3.6)	- 11 fewer/1000	⊕⊕⊕⊕ Elevée	
la fièvre intrapartum qui ont besoin antibiotiques Traitement	(0)					
Puerpéral septicémie / post-partum endométrite	627 (3)	(16.1%)	RR 0.48 (0.29 à 0.78)	- 84 fewer/1000	⊕⊕⊕○ Moyen	
Complications maternelles graves de l'infection puerpérale nécessitant une laparotomie pour l'infection, l'hystérectomie, la mort	(0)					
Maternelle des effets secondaires de la prophylaxie antibiotique (effets secondaires graves)	(6)					