



Effets de la subvention des soins de santé maternelle et néonatale au Burkina Faso : « c'est bon mais ce n'est pas encore arrivé » !



APERÇU GÉNÉRAL

Le démarrage de la politique de subvention des accouchements et des SONU a été fixé par une note officielle au 1er octobre 2006 pour les SONU dans les hôpitaux de références et au 1er janvier 2007 pour les accouchements normaux dans les centres de santé. Cependant, les districts ont commencé à des dates différentes.

La politique consiste en une exemption partielle des coûts directs de soins (80%), une part restant à la charge des patientes (20%). Le paquet officiel est appliqué dans toutes les structures publiques de soins et quelques structures privées à but non lucratif.

La politique a opéré des changements à deux niveaux dans le fonctionnement

MESSAGES-CLÉS

L'évaluation FEMHealth au Burkina Faso réalisée dans un échantillon de six districts sanitaires conclut aux résultats suivants :

- Un accroissement de l'utilisation des services (accouchements assistés et césariennes) ;
- Une réduction des coûts supportés par les ménages mais qui restent toujours bien supérieurs aux montants estimés par la politique ;
- La persistance de problèmes d'équité dans l'accès aux soins ;
- Une meilleure qualité des soins dans les hôpitaux appliquant au mieux la politique ;
- L'importance de la gouvernance locale (stewardship) dans la réussite de la politique.

des structures de soins : d'une part, elle a permis une disponibilité plus importante de ressources financières et de médicaments et l'accès aux soins sans prépaiement des usagers ; d'autre part, elle a mis à jour des contraintes liées non pas à l'adhésion acquise des prestataires de soins mais aux conditions requises pour préserver la continuité et la qualité des prestations.

Depuis la mise en œuvre de la politique, les résultats de l'évaluation FEMHealth, les données de routine et l'EDS (2010) indiquent que les accouchements dans

Ces messages clés émanant des résultats de recherche mettent en relief les aspects suivants :

- l'intérêt affirmé et documenté par les preuves de poursuivre la subvention à cause des effets positifs ;
- la nécessité de mettre l'accent sur l'équité dans l'offre de soins de qualité pour faciliter l'accès aux soins des plus pauvres aux différents niveaux du système de santé ;
- l'attention à porter à la bonne gouvernance des structures sans laquelle le succès est hypothétique même lorsque les intrants et les prestations sont disponibles.

les services de santé ont connu un accroissement important, surtout en milieu rural et chez les femmes des ménages pauvres. Une augmentation des césariennes a également été observée beaucoup plus chez les femmes des ménages riches que chez celles des ménages pauvres mais d'autres facteurs semblent y avoir également contribué.

La qualité des soins varie d'un hôpital à un autre et, malheureusement, ne semble pas augmenter avec le niveau de soins. L'absence de données similaires avant la



mise en œuvre de la politique ne permet pas d'apprécier un possible effet de la politique sur la qualité des soins. Il apparaît que les hôpitaux qui ont le mieux appliqué la politique (respect des tarifs officiels et des directives) avaient également la meilleure qualité de soins.

Au niveau communautaire, les montants supportés par les ménages ont beaucoup baissé comparativement aux résultats des études réalisées peu avant la mise en place de la politique. Apparemment ce sont les femmes des ménages moins pauvres qui parviennent à remonter la pyramide sanitaire à la recherche de soins plus qualifiés. Il semble donc subsister une certaine barrière financière. Par ailleurs, certains ménages continuent d'éprouver des difficultés à prendre en charge les coûts liés à l'accouchement sans bénéficier de la gratuité des soins prévue pour les indigents. Il s'avère donc très important qu'un accent particulier soit mis sur le problème des couches les plus vulnérables à travers l'opérationnalisation du volet 'indigent' de la politique.

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

LE PROBLÈME DE RECHERCHE

Le ratio de mortalité maternelle est considéré comme l'indicateur le plus marquant des disparités entre les pays du Nord et le Sud (1 décès sur 39 en Afrique sub-saharienne contre 1 décès sur 3 800 dans les pays développés).

Au Burkina Faso, les causes directes de mortalité maternelle font partie des facteurs qui influencent négativement les taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Dans ce contexte, l'accent a été mis sur l'accessibilité physique et financière aux soins dans le cadre de la subvention des SONU (Ministère de la santé, 2006).

Tout le paquet officiel prévu est couvert dans la mise en œuvre de la politique, avec quelques disparités locales (blocs non fonctionnels dans certains districts, insuffisances de personnel qualifié, de matériel ou d'infrastructures) liées aux aléas dans l'application de la politique.

Certaines prestations ne sont pas effectives ou sont adaptées sans respecter les directives, par insuffisance de définition des normes applicables (cas des dystocies au niveau CSPS), en l'absence de prestataires compétents, de l'équipement requis (cas du matériel de réanimation du nouveau-né ou de spécialistes en anesthésie pour les interventions lourdes dans les blocs opératoires) et des intrants (manque de produits sanguins ou ruptures occasionnelles de certaines molécules remplacées par d'autres sans directives officielles).

L'indisponibilité des services d'un échelon entraîne des surcoûts pour les usagers obligés d'aller à l'échelon supérieur ou de trouver des palliatifs plus onéreux (achats de médicaments hors circuit conventionnel ou recours à des services externes pour des examens).

Dans leur quête de soins, en moyenne 40% des femmes ont déclaré avoir mis beaucoup de temps pour accéder aux soins. Outre les raisons économiques avancées, la principale raison du retard (72 à 99%) était le fait d'être passé par un autre service de santé, en mettant en cause la structuration pyramidale du système de santé.

DÉFIS MÉTHODOLOGIQUES

L'organisation pratique de l'évaluation comportait trois paquets d'activités (PA) thématiques (politique de santé, financement des soins et économie de la santé : systèmes de santé locaux ; qualité de soins et indicateurs de santé) et quatre groupes d'activités « pays ».

Plusieurs outils quantitatifs et qualitatifs ont été appliqués pour :

- évaluer les flux financiers générés par la politique du niveau central au niveau périphérique et vice versa (adéquation, retards et blocages éventuels) ;

- déterminer coûts production de services ciblés à la maternité ;
- comprendre le comportement des usagers en matière de recherche de soins maternels et leurs appréciations (coûts endurés, qualité des services reçus) ;
- évaluer la motivation des agents de santé à partir des changements potentiels induits par la politique ; - évaluer les effets sur le système de santé local (adéquation et niveau de mise en œuvre, raisons de l'adoption de la politique et conditions de réussite) ;
- comprendre comment la politique a été introduite et transférée du niveau central au niveau périphérique ;
- analyser la qualité des soins au niveau hospitalier (relation entre la performance des structures respectant les directives de la politique et les indicateurs de qualité des soins) et les tendances des near miss obstétricaux et néonataux dans la population.

Six districts sanitaires ont été retenus en appliquant des critères d'éligibilité. Sur la base du nombre de grossesses attendues, les districts éligibles devaient (i) avoir au moins 150.000 habitants et (ii) avoir réalisé au moins 50 césariennes/an avant la mise en place de la politique de subvention. Par la suite une classification hiérarchique des districts a été réalisée avec les indicateurs suivants :

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

RÉSULTATS

Quelques résultats clés renseignent sur la situation actuelle:

- l'augmentation des accouchements relevée après 2006 s'est maintenue depuis l'application de la subvention. La stratification en fonction de critères (niveau de bien-être et zone de résidence) montre que l'augmentation concerne surtout les femmes rurales ou des ménages très pauvres ou moyennement pauvres.
- pour les césariennes, l'augmentation observée a commencé avant la mise en place de la politique. Les femmes issues des ménages plus nantis semblent tirer un meilleur avantage des accouchements par césarienne.
- un allègement de la barrière financière pour l'accès aux soins d'accouchement en plus d'autres initiatives locales de réduction des coûts a été constaté. Toutefois, la moyenne des dépenses supportées par les ménages reste encore élevée par rapport aux montants théoriques prévus (incapacité à supporter les dépenses pour l'accouchement déclarée par 19% des répondants dans un district et 11% dans l'autre).
- une satisfaction a été rapportée par les

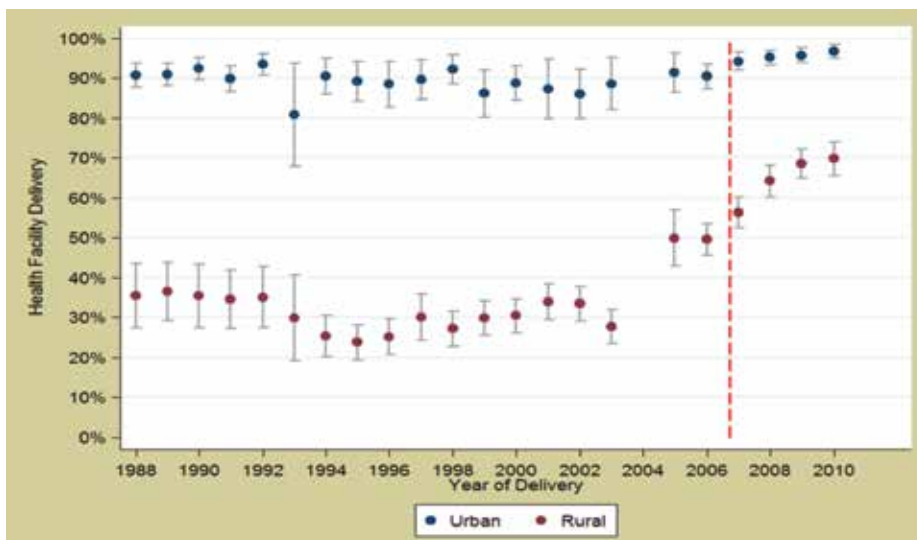


Figure 1: Tendances annuelles des accouchements dans les services de santé au Burkina, stratifiées par zone de résidence

répondants concernant notamment le temps d'attente, la qualité du traitement reçu, le coût des soins, la disponibilité des médicaments. Cependant, la qualité des soins, variable d'un hôpital à un autre, ne semblait pas augmenter avec le niveau de soins.

- malgré que les femmes ont exprimé certaines difficultés financières pour l'accès aux soins et que quelques-unes ont écourté la durée des soins pour raison

économique (abandons ou sorties avant terme), aucune femme n'a rapporté avoir bénéficié d'une exemption totale du paiement des frais.

- le calcul de scores de disponibilité (services, ressources humaines, matériel et médicaments) et de scores d'omission pour les actes cliniques a révélé des difficultés rencontrées diversement par les structures et de l'importance d'une bonne gouvernance pour le succès de la politique.

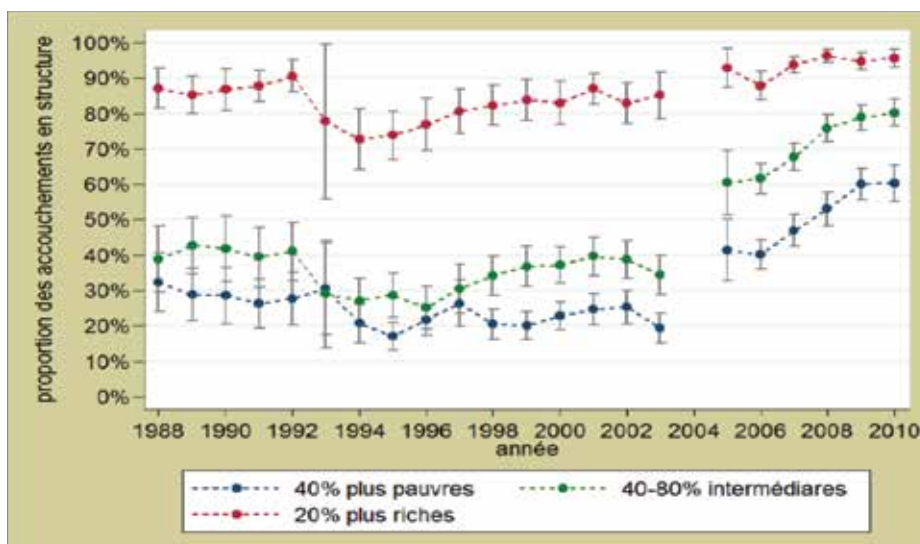


Figure 2: Tendances annuelles des accouchements dans les services de santé au Burkina, stratifiées par niveau de bien-être économique

DISCUSSION

L'évaluation a montré, comme les données de routine et l'EDS, une augmentation sensible des accouchements dans les services de santé à partir de 2007, avec une tendance plus remarquable pour les populations rurales et défavorisées. La même croissance été observée pour les césariennes mais avant la mise en place de la politique, avec une proportion plus forte des femmes nantis.

Si les montants supportés par les ménages pour les prestations liées à la politique ont beaucoup baissé (théoriquement 20% des coûts directs sont toujours à la charge des ménages), ces coûts sont encore nettement au-dessus des tarifs fixés par la politique, même avec les initiatives locales de réduction des coûts (systèmes de partage des coûts). D'où un obstacle potentiel à l'accès aux soins des ménages très pauvres parfois confrontés à des dépenses catastrophiques avec des conséquences durables.

L'inexistence de données sur la prise en charge des indigents pourrait traduire des difficultés de mise en œuvre de ce volet de la politique vraisemblablement dues à l'absence de critères harmonisés de sélection des plus pauvres.

La qualité des soins était variable d'un hôpital à un autre et ne semblait pas augmenter avec le niveau de soins. Les soins néonataux n'ont pas été pleinement pris en compte depuis le début de la politique dans un contexte où les équipements et les compétences manquent pour ce volet et l'attention plus focalisée sur la santé de la mère que celle de l'enfant. L'absence de données similaires avant la mise en œuvre de la politique ne permet pas d'avoir une évidence d'un possible effet de la politique sur la qualité des soins.

A partir de 7 indicateurs cliniques clés dans la prise en charge et la surveillance des mères et des nouveau-nés, un score d'omission (faible pour une bonne qualité de soins et élevé à l'inverse) a été établi. Les résultats ont montré que la qualité des soins était meilleure dans les hôpitaux appliquant au mieux la politique ce qui montre qu'elle n'a vraisemblablement pas occasionné une baisse à ce niveau.

Concrètement, les hôpitaux où les montants supportés par les ménages étaient les plus faibles (donc plus proches des tarifs visés par la politique) sont ceux où les scores d'omission étaient les plus faibles et vice versa. Par ailleurs, les hôpitaux avec un score d'omission élevé avaient une fréquence élevée de réadmission en salle d'accouchement pour rétention placentaire et avaient un taux de létalité élevé parmi les femmes avec complication obstétricale grave.

La faible proportion du budget alloué à la politique par rapport aux dépenses de santé publique est un atout pour sa durabilité. Mais une pérennisation réussie nécessite des directives plus claires, une gestion rigoureuse des intrants, avec un mécanisme de contrôle et une vision de stewardship prenant en compte l'intérêt public.

RECOMMANDATIONS POUR LE FUTUR

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

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

Contact information :

Dr Maurice Yaogo

AFRICSanté – 01 BP 298 Bobo-Dioulasso

01 – Burkina Faso

Tél. : (226) 20 98 63 68 (bureau)

Fax : (226) 20 98 63 69

E-mail : africsante@gmail.com

Site web : www.africsante.org

QUELQUES RÉFÉRENCES CLÉS

Gali Gali IA, Yaogo M, 2012. Revue documentaire sur les politiques d'exemption des soins de santé maternelle au Burkina Faso, FEMHealth, AFRICSanté, Bobo-Dioulasso, 21 p.

Ganaba R, Ilboudo PG, Cunden N, Witter S, 2013. Résultats des entretiens à la sortie, Burkina Faso. Rapport outil Exit interview, FEMHealth.

Ganaba R, Yaogo M., Ilboudo PG, Diallo C, Witter S, Filippi V, Richard F, 2014. Coût et impact de la politique de subvention des accouchements et des SONU au Burkina Faso. Rapport scientifique, AFRICSanté, Bobo-Dioulasso

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

Ilboudo PG, Cunden N, Witter S, 2013. Résultats de l'étude de coût (Burkina Faso), FEMHealth, Rapport outil Costing, FEMHealth.

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

Marchal B, Van der Veken K, Essolbi A, Dossou J-P, Richard F and Van Belle S, 2013. Methodological reflections on using realist evaluation in a study of fee exemption policies in West Africa and Morocco. Rapport outil Evaluation réaliste, FEMHealth.

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

Sombié I, Yaogo M, Ouédraogo M et al., 2007. Evaluation de la mise en place de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence : rapport préliminaire, Ouagadougou, DSF-GREFSAD, 59 p.

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

