Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement

Projet FSP 2001-149 – MAE-F

Composante 2 – Burkina Faso

Rapport final d'activités

1er janvier 2003 au 31 mars 2006

Equipe Cadre du District sanitaire du Secteur 30, Ouagadougou
ASMADE, Ouagadougou
Institut de Médecine Tropicale, Anvers
Institut de Recherche pour le Développement, Marseille
Equilibres et Populations, Paris

Sommaire

Liste des abréviations 4
Résumé des activités réalisées du 1/01/2003 au 31/03/2006 5
Introduction 9
1. Objectifs du projet 9
2. Site du projet 9
3. Intervenants du projet AQUASOU 10
4. Contexte général du district sanitaire du secteur 30 12
5. Activités réalisées 13
5.1 Améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence 13
5.1.1 Améliorer la prise en charge technique des urgences obstétricales et néonatales 13
5.1.2 Diminuer les délais dans la prise en charge des urgences 15
5.1.3 Améliorer la qualité des interactions soignants-soignés 16
5.1.4 Créer un contre-pouvoir de la société civile 20
5.2 Augmenter l'utilisation des services obstétricaux d'urgence 21
5.2.1 Améliorer l'accessibilité géographique 21
5.2.2 Organiser le système de référence 22
5.2.3 Améliorer l'acceptabilité des services par la population 22
5.2.4 Améliorer l'accessibilité financière des services 25
5.3 Assurer le suivi, l'évaluation du projet, la coordination entre les différents acteurs et la diffusion des résultats 30
5.3.1 Evaluer le bon déroulement du projet et les résultats obtenus 30
5.3.2 Améliorer l'utilisation de l'information sanitaire au niveau du district 32
5.3.3 Assurer une concertation et une coordination entre les différents acteurs 32
5.3.4 Mobiliser les autorités sanitaires et les politiques autour de la maternité à moindre risque 33
6. Résultats 37
6.1 Activités du CMA 37
6.2 Etudes BONC 41
6.3 Qualité des soins 44
6.3.1 Critères de qualité 44
6.3.2 Revues de cas 45
6.3.3 Effets du système de partage des coûts sur la qualité des soins chirurgicaux 46
6.3.4 Perception des usagers 46
7. Dissémination des résultats 49
7.1 Ateliers de restitution AQUASOU 49
7.1.1 Atelier de clôture avec les autorités 49
7.1.2 Journée de restitution avec le personnel du district 49
7.1.3 Restitution à l'équipe de la Direction de la Santé de la Famille 49
7.2 Présentations faites lors de congrès et séminaires 49
7.3 Publications 50
7.3.1 Mémoires d'étudiants 50
7.3.2 Publications scientifiques 51
7.3.3 Lettres d'information 51
7.3.4 Site web 51
7.3.5 Média 52
7.3.6 Représentations théâtrales 52
8. Perspectives 53
8.1 Suite des activités démarrées dans le cadre du projet AQUASOU 53
8.2 Projet PASSAGE 53
9. Remerciements 53
Annexes 54

Liste des abréviations

AA	Accoucheuse Auxiliaire
ABSP	Association Burkinabé de Santé Publique
ANAB	Association Nationale des Accoucheuses auxiliaires du Burkina
AQUASOU	Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux Urgents
ASMADE	Association Songui Manégré Aide au Développement Endogène
BONC	Besoins Obstétricaux Non Couverts
CCC	Comité de Concertation et de Coordination
CHN-YO	Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
CIFRA	Cours International de Formation en Recherche Action
CISSE	Centre d'Informations Sanitaires et de Surveillance Epidémiologique
CM	Centre Médical
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Prénatale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DA	Délivrance artificielle
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DES	Direction des Etudes et des Stages (ENSP)
DRS/C	Direction Régionale de la Santé du Centre
DSF	Direction de la Santé de la Famille
ECD	Equipe Cadre de District
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
E&P	Equilibres et Populations
FS	Formation Sanitaire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IMA	Indication Maternelle Absolue
IMT	Institut de Médecine Tropicale
IOM	Intervention Obstétricale Majeure
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LONAB	Loterie Nationale Burkinabé
MAE-F	Ministère des Affaires Etrangères Français
PTME	Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RAC	Réseau Aérien de Communication
ROMEO	Réseau Opérationnel de Mise En Œuvre
RU	Révision Utérine
SAGO	Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SESSIO	Section d'Etude Supérieure en Soins Infirmiers et Obstétricaux
SF	Sage-Femme
SIS	Système d'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence
STEP-BIT	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Bureau International du Travail

Résumé des activités réalisées du 1/01/2003 au 31/03/2006

1 Améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence

1.1 Améliorer la prise en charge technique des urgences obstétricales et néonatales

Mettre à disposition du personnel de la maternité les normes en soins obstétricaux	Guides OMS distribué à chaque sage-femme au CMA et dans chaque centre de santé périphérique Protocoles affichés en salle d'accouchement pour hémorragie et éclampsie au CMA et à St-Camille
Mettre à la disposition des maternités du secteur 30 le matériel manquant afin de prendre en charge les SOU	3 commandes de matériel reçues en 2004, 2005 et 2006
Former le personnel aux gestes de bonnes pratiques	Partogramme 135 AA & SF SOU et prévention infections Prise en charge active de la délivrance
Susciter la réflexion autour de la pratique clinique	Revue de cas couplée au feedback anthropologique (CMA et St-Camille) Staffs quotidiens au CMA

1.2 Diminuer les délais dans la prise en charge des urgences se présentant au CMA

Assurer une garde 24h/24 effective du bloc opératoire	Depuis le 1er Octobre 04
Organiser de manière efficiente le roulement du personnel en fonction de leur compétence	Organigramme élaboré et affiché; descriptions de poste réactualisées
Disposer d'un stock de médicaments d'urgence en salle d'accouchement	Depuis Juin 04 (sans prépaiement)
Disposer d'une banque de sang au CMA	Depuis Janvier 05

1.3 Améliorer la qualité des interactions soignants-soignés

Créer un espace de dialogue entre personnel et usagers	Visite aux domiciles des femmes césarisées (septembre 2003 à septembre 2004) ; Réunions avec des groupes de femmes (février 2004); Rencontres usagers-prestataires (septembre 2004 à octobre 2005)
Organiser des groupes de discussion et de réflexion sur les aspects sociaux et déontologiques de l'acte de soin	Observation anthropologique des staffs (septembre 2003 à janvier 2004) ; Rencontres mensuelles thématiques non réalisées

Introduire un module socio-anthropologique dans les études de sages-femmes	Formation enseignants et responsable de stage de l'ENSP par l'IRD en février et juin 2005 Renforcement du module anthropologique à l'ENSP, Vingt heures de cours en décembre 2005 dispensés par un membre de l'équipe IRD et un enseignant du département de sociologie de l'Université de Ouagadougou. Les cours seront poursuivis par l'enseignant du département de sociologie.

1.4 Créer un contre-pouvoir de la société civile

Créer un kit droit pour les usagers	Droit des usagers : dimension intégrée dans les activités où il y a rencontre avec les usagers et la population Kit pas réalisé

2 Augmenter l'utilisation des services obstétricaux d'urgence

2.1. Améliorer l'accessibilité géographique

Mettre à disposition du CMA au moins une ambulance et des radios pour les CSPS	Octobre 2004: ambulances de la DRS + GSM ligne gratuite pour les CSPS urbains Mai 2005 : ambulance de la coopération italienne + 6 RAC pour les CSPS ruraux
Inciter les autorités locales à améliorer l'état des routes autour du CMA	Bitumage de la route entre St-Camille et CMA

2.2. Organiser le système de référence

Mettre en place des fiches de références/contre-références dans tout le district	Depuis février 2004 : Elaborées et utilisées systématiquement pour évacuation par public et privé. Taux de contre-référence à 98% en 2005
Former le personnel aux critères de références et aux modalités de la référence	Fait, intégré à la formation au partogramme

2.3. Améliorer l'acceptabilité des services par la population

Informer et impliquer effectivement les populations dans le projet à tous les stades et mobiliser les leaders locaux en faveur de la santé maternelle et infantile	Première campagne 1er trimestre 04 (ASMADE et UAFB) : information leaders; info et consultation des populations cibles (800 personnes). 2ème campagne fin 04, centrée sur partage des coûts

Informer les femmes et leur entourage sur les services existants et sur les signes de danger	De 2005 au premier trimestre 2006 Tournée d'information et de sensibilisation de la population sur le système de partage des coûts dans la majorité des villages et secteurs du district : plus de 146 réunions organisées avec plus de 7900 personnes touchées. Campagne radio sur le suivi de la grossesse: 45 émissions diffusées. Sensibilisation sur l'organe génital du bébé fille
Organiser des rencontres usagers-prestataires pour renforcer la confiance	Depuis septembre 2004. Au total 8 réunions co-organisées par ASMADE/E&P et IRD

2.4. Améliorer l'accessibilité financière des services

Mettre en place un système de partage des coûts pour les urgences obstétricales	Préparation en 2003 Mise au point en partenariat avec population, COGES, collectivités locales, ECD durant 2004 Démarrage effectif le 5.01.05: forfait 25.000 CFA (sur 74.000 CFA au total) 425 femmes du district prises en charge avec le forfait en 2005

3 Assurer le suivi, l'évaluation du projet, la coordination entre les différents acteurs et la diffusion des résultats

3.1 Evaluer le bon déroulement du projet et les résultats obtenus

Mettre en place des indicateurs de processus et des résultats spécifiques au projet	IGN BONC Critères de qualité et monitoring de la qualité
Faire une synthèse annuelle des activités	Fait

3.2 Améliorer l'utilisation de l'information sanitaire au niveau du district

Renforcer les capacités du CISSE (Cellule d'informations sanitaires et de surveillance épidémiologique)	Responsable formé (Université Bordeaux) Poste de recherche opérationnelle ouvert Bureau unité de recherche avec ordinateur

3.3 Assurer une concertation et une coordination entre les différents acteurs

Organiser des réunions régulières du Comité de Concertation et de Coordination (CCC)	1ère réunion en mai 03 2ème le 11.09.04 Atelier final le 17.02.06 ROMEO: Qualité technique soins Organisation références Partage des coûts Interactions usagers – prestataires Mobilisation politique

3.4 Mobiliser les autorités sanitaires et les politiques autour de la maternité à moindre risque

Organiser un temps fort AQUASOU au moment du sommet de la Francophonie à Ouagadougou en novembre 2004	Conférence de presse 25.11.04 Visite de M. Darcos, ministre de la coopération 26.11.04 Visite député français Pierre Morange 6.12.04 Visite M. Yoda, Ministre Santé burkinabé 28.12.04
Créer une cellule de veille de la mortalité maternelle	Existe déjà le comité vision 2010 avec la première dame Participation régulière des autorités aux diverses réunions organisées dans le cadre du programme (CCC, partage des coûts, clôture)
Organiser la contribution financière des autorités décentralisées et déconcentrées.	Contribution pluriannuelle de la Mairie centrale, de la Mairie d'arrondissement et du Haut-Commissariat.

Introduction

Ce rapport final d'activités concerne les activités du district du Secteur 30 réalisées dans le cadre de la composante 2 du projet AQUASOU (Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence) au Burkina Faso. En appui à l'Equipe Cadre du District du Secteur 30, et plus particulièrement aux équipes des maternités du district, trois institutions du nord (l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, l'Institut de Recherche pour le Développement, Marseille et Equilibres et Populations, Paris) ainsi que l'ASMADE (Ouagadougou) ont collaboré de façon intégrée au développement du projet. Ce rapport d'activités couvre la période du projet au Burkina Faso soit du 1er janvier 2003 au 31 mars 2006. Après une première année consacrée à l'analyse de situation et à la préparation des interventions, l'année 2004 a vu le démarrage de l'ensemble des actions de la composante 2 au Burkina Faso, renforcées en 2005 (chronogrammes en annexe). Les actions menées par les différents partenaires étant synergiques, il a été décidé de réaliser un rapport final commun afin de rendre compte de la complémentarité de l'approche. Nous présenterons les activités menées par objectif selon le cadre logique (résumé page 5 à 8) et leurs résultats.

1. Objectifs du projet

Objectif principal global

Le projet AQUASOU d'une durée de 3 ans (2003 – 2006), a eu pour objectif principal d'améliorer la qualité et l'accès à des soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) en fédérant et en rendant synergiques, aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les interventions des différents acteurs dans les 17 pays membres de la SAGO (Société Africaine de Gynécologie Obstétrique).

Sous-objectif, composante 2

L'objectif de la composante 2 était d'améliorer, autour des maternités de référence de plusieurs pays participant à la composante 1, l'accès aux soins obstétricaux et néonatals d'urgence.

La composante 2 s'est déroulée dans quatre pays : le Bénin, le Cameroun, le Sénégal et le Burkina Faso.

2. Site du projet

Le site du projet pour le Burkina était **le district sanitaire du secteur 30** à Ouagadougou. C'est l'un des quatre districts que compte la région sanitaire du Centre. Il est situé dans la zone sud-est de la province du Kadiogo. Sa population était estimée en 2005 à 470 292 habitants[1].

Le district compte 26 CSPS, 4 dispensaires, 3 centres médicaux (CM) et un centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) ou hôpital de district.

[1] Cette estimation repose sur les projections de populations des districts de la région sanitaire de Ouagadougou pour la période 2000-2005 (document de février 2001, DRS Centre) avec toutes les limites qu'elle comporte étant donnés les mouvements de population de ces dernières années sur le secteur

3. Intervenants du projet AQUASOU

Les acteurs suivants ont été impliqués dans ce programme au cours des 3 années.

L'Equipe Cadre du District sanitaire du secteur 30, Ouagadougou

Dr François Lompo, l'actuel Médecin Chef de District (ainsi que son prédécesseur Dr Simporé) et l'Equipe Cadre ont été responsables de la mise en œuvre des activités dans le district sanitaire du secteur 30. Le Dr Charlemagne Ouédraogo, chef de service de la maternité, a coordonné les activités sur le terrain. La Direction Régionale de la Santé a contribué à la mise en œuvre par son support tout au long du projet (encouragements, ambulances, support dans les décisions). L'IMT a signé un contrat de partenariat avec l'Equipe Cadre du district sanitaire du secteur 30 qui a pu bénéficier ainsi d'un budget de fonctionnement pour mener à bien les activités au niveau de l'hôpital de référence et des maternités périphériques.

L'Institut de Médecine Tropicale, Anvers

L'Institut de Médecine Tropicale était responsable du développement des activités de Santé Publique. L'équipe était composée de Vincent De Brouwere, professeur de santé publique, de Dominique Dubourg, médecin et démographe et de Fabienne Richard, sage-femme. V. De Brouwere et D. Dubourg étaient basés à Anvers et ont effectué des visites régulières sur le terrain. Fabienne Richard a résidé au Burkina de juillet 2004 à avril 2006 et a donc travaillé en permanence pendant cette période avec l'équipe cadre du district sur le projet (contrat 40% financé par le MAE-F jusqu'en décembre 2005, puis sur les fonds propres de l'IMT). Elle a bénéficié d'un soutien logistique du Centre IRD de Ouagadougou (bureau avec accès à internet).

L'Institut de Recherche pour le Développement, Marseille

L'Institut de Recherche pour le Développement était chargé des activités socio-anthropologiques du projet AQUASOU. L'équipe IRD était composée de Marc-Eric Gruénais, directeur de recherche, de Fatoumata Ouattara, ingénieur de recherche, de Sylvie Zongo et Ramatou Ouédraogo, étudiantes en sociologie de l'Université de Ouagadougou et stagiaires à l'IRD. M.E Gruénais et F. Ouattara étaient basés à Marseille et ont effectué régulièrement des missions pour le suivi des activités liées au projet (missions longues pour F.Ouattara : juin-octobre 2004 ; février 2005 ; juillet 2005-février 2006). S. Zongo et R. Ouédraogo ont assuré la réalisation d'études associées au projet sur les accouchements à domicile et le système de référence/évacuation.

Certaines enquêtes de terrain ont été conduites exclusivement par les anthropologues (femmes ayant accouché de mort-né, femmes ayant accouché à domicile, femmes ayant été évacuées). D'autres investigations de terrain ont été réalisées conjointement par les anthropologues et les prestataires de soins du CMA du secteur 30 (entretiens auprès de femmes césarisées, entretiens auprès de proches de femmes décédées). Des rencontres rassemblant des usagers et des prestataires ont été instaurées par les anthropologues de l'IRD et ensuite organisées conjointement avec l'ASMADE. Par ailleurs, l'équipe de l'IRD a collaboré avec l'Ecole Nationale de Santé Publique pour le renforcement du module de socio-anthropologie à la formation des sages-femmes et maïeuticiens d'Etat de Ouagadougou.

Equilibres et Populations, Paris

L'ONG Equilibres et Populations était chargée des activités de mobilisations politique et sociale. L'équipe responsable du suivi des activités au Burkina était composée de Cyril Wissocq, directeur des opérations (mobilisation politique) et de

Dominique Pobel, chargée de programmes (mobilisation sociale). Ils ont effectué tous les deux des missions sur le terrain en fonction des besoins.

L'ASMADE (Association Songui Manégré Aide au Développement Endogène), Ouagadougou

E&P avait signé un contrat de partenariat avec l'ASMADE, association burkinabé, spécialiste en mobilisation communautaire. Mme Juliette Compaoré, la secrétaire exécutive et 3 animateurs de l'association ont mené les activités de terrain de mobilisation sociale dans le cadre du projet AQUASOU (enquête auprès familles, réunions d'information sur le partage des coûts, etc.)

Missions conjointes

En plus des missions individuelles des différentes institutions d'appui, plusieurs missions ont été réalisées conjointement (IMT, IRD et E&P) afin de coordonner les différentes actions. Ainsi, en 2003, une mission conjointe a été organisée pour la tenue de la première réunion de consensus le 6 mai 2003 qui a défini les grandes lignes d'action du projet avec les différents partenaires nationaux et internationaux. En 2004, deux missions conjointes ont pu être organisées : en février puis en septembre pour la tenue du Comité de Concertation et de Coordination (CCC du 11 septembre 2004). En 2006, une dernière mission conjointe a eu lieu pour l'atelier de clôture du projet en présence de tous les acteurs le 17 février 2006.

Autres partenaires du District du secteur 30

Outre l'appui d'AQUASOU, le district a bénéficié de l'aide de différents bailleurs. Les plus importants sont :

- la coopération italienne qui a un programme pour améliorer la prise en charge des urgences en général (constructions, matériel médico-chirurgical, ambulance, assistance technique, formations)
- Médecins du Monde Espagne qui soutient des activités de PTME dans plusieurs CSPS du district (réhabilitation de maternité, matériel de prévention des infections, formations en soins obstétricaux d'urgence)
- l'UNICEF qui soutient également la PTME au niveau du CMA (kits césarienne gratuits pour les femmes séropositives, boîtes de césarienne, formations)

Il est donc évident que les résultats obtenus sont le résultat d'une synergie entre les différents projets. Voici quelques exemples de complémentarité :

- la coopération italienne a fourni l'ambulance et les radios au district et la coopération française (via AQUASOU) en partenariat avec l'équipe cadre de district a renforcé le système de référence/évacuation (fiche de référence et contre-référence, critères de référence) et a mis sur pied un système de financement solidaire pour les urgences obstétricales (partage des coûts pour un paquet « transport+ césarienne »)
- Médecins du Monde Espagne a financé des formations sur les soins obstétricaux d'urgence et AQUASOU a organisé les revues de cas des complications pour vérifier si les standards de qualité et les protocoles ont bien été utilisés en pratique.

Les collectivités locales (construction de routes entre les centres de santé et l'hôpital de référence) et les autorités sanitaires (affectation du personnel, organisation des urgences au niveau régional,…) ont joué un rôle primordial.

4. Contexte général du district sanitaire du secteur 30

Au niveau du **CMA**, l'hôpital de référence du district, le bloc opératoire est fonctionnel depuis août 2003. Depuis le 1er octobre 2004 sous l'impulsion de la Direction Régionale du Centre, la garde 24/24 est effective au CMA. Le système fonctionne avec des gynécologues extérieurs, un système de téléphones mobiles a été introduit afin de pouvoir appeler le gynécologue de garde sans frais. Les autres services du CMA sont aussi passés au système de garde (chirurgie, médecine, pédiatrie, laboratoire,…).

Un centre médical (CM) a été inauguré en août 2004 à Saaba (financement de la LONAB), chef-lieu du département de Saaba (10 km du CMA). Pour le moment, il n'offre que des services de santé de base (transfert des activités du dispensaire au nouveau CM). Au niveau des **CSPS**, on a pu noter l'ouverture de nouveaux centres au cours des trois ans : Dayoubsi en 2004 (département de Komsilga), Didri en 2005 (département de Koubri), Trame d'accueil-Ouaga 2000 et Dagnongo (arrondissement de Bogodogo) en 2006. Deux maternités ont également été construites en 2005 au niveau des CSPS du secteur 30 et du CSPS de la Trame d'accueil du secteur 28 (qui jusque là ne faisaient pas d'accouchement). Elles devraient ouvrir en 2006 le temps d'affecter les ressources humaines nécessaires. Certains nouveaux CSPS ont vu le jour sous l'impulsion de jumelages avec des associations françaises, ce qui a pu parfois entrainer des problèmes de continuité : bâtiments payés par le jumelage mais sans équipement et sans planification au niveau de l'affectation du personnel de l'Etat (l'ouverture effective pouvant prendre alors plus d'une année, cas de Didri où les accoucheuses villageoises continuent leur travail dans leur poste de santé primaire à côté de la nouvelle maternité qui n'a pas d'équipement et pas d'accoucheuse auxiliaire) ou de pertinence : centre de santé construit dans une zone sans population cible réellement définie entraînant une sous utilisation du centre et une démotivation du personnel affecté à ce centre (5 accouchements par mois dans la nouvelle maternité de Dayoubsi).

En ce qui concerne les **autorités sanitaires**, un nouveau directeur régional, Dr Philippe Compaoré a été nommé le 18 février 2004 pour remplacer le Dr Cheik Ouédraogo. Ceci n'a en rien perturbé le projet, la collaboration ayant été aussi fructueuse qu'avec son prédécesseur.

Au niveau des **collectivités locales**, M. Boureima Bougma, ancien Haut-Commissaire de la province du Kadiogo a été nommé le 14 décembre 2004, Gouverneur de la région du Centre, et a été remplacé à son poste par M. Khalil Bara qui lui-même a été remplacé récemment par M. Jean Bassono le 17 mars 2006. Ces changements n'ont pas perturbé les négociations en cours dans le cadre du projet (en particulier le partage des coûts). La collaboration avec les partenaires burkinabé tant au niveau des autorités sanitaires que des autorités politiques a été excellente. Les élections municipales prévues à l'origine en mai 2005 ont finalement au lieu en avril 2006 après plusieurs reports et ont vu M. Simon Compaoré le maire de Ouagadougou et Mme Zénabou Drabo, Maire de l'arrondissement de Bogodogo, partenaires directs dans le cadre du partage des coûts, reconduits.

Au niveau **social et économique**, le mécontentement des fonctionnaires persiste. Plusieurs manifestations et mouvements de grève ont été enregistrés au cours des 3 ans pour la défense du pouvoir d'achat et l'augmentation des salaires de 25%. Le Conseil des Ministres a voté en sa séance du 29 décembre 2004 une hausse des salaires de 4,5 à 8% selon les catégories de fonctionnaires, effort qui a été jugé insuffisant par certains syndicats qui demandent une révision à la hausse et une stabilisation des prix des produits de grande consommation. D'autres mouvements sont prévus pour 2006.

5. Activités réalisées

5.1 Améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence

5.1.1 Améliorer la prise en charge technique des urgences obstétricales et néonatales

Objectifs opérationnels :
- *Mettre à disposition du personnel de la maternité les normes en soins obstétricaux*
- *Mettre à la disposition des maternités du secteur 30 le matériel manquant afin de prendre en charge les SOU*
- *Former le personnel aux gestes de bonnes pratiques*
- *Susciter la réflexion autour de la pratique clinique*

Normes de soins

Dès 2004, le Guide OMS sur la prise en charge des urgences obstétricales[2] a été adapté, imprimé sous format A4 et mis à disposition des sages-femmes dans un classeur en salle d'accouchement. En 2005, il a été donné à chaque sage-femme du service le guide original OMS + le guide de poche JHPIEGO/MNH[3]. Le guide de référence rapide des Soins Obstétricaux d'Urgence de JHPIEGO a également été distribué dans chaque maternité périphérique du district. En 2005, les protocoles pour les pathologies les plus fréquentes ont été affichés en salle d'accouchement après présentation lors de séances d'audits : prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, prise en charge de la pré-éclampsie et de l'éclampsie.

Dotation en matériel médical

Une commande de matériel a été faite chaque année conformément au cahier des charges après évaluation des besoins avec les responsables du service maternité. Le matériel (cf. liste en annexe 2) a été dispatché entre le service maternité du CMA, le bloc opératoire du CMA et les maternités périphériques. Parmi le gros matériel acheté, on peut noter un échographe et un cardiotocographe pour la salle d'accouchement.

Les envois se sont passés sans problèmes, excepté la première commande où nous avons du déplorer la perte d'une ventouse manuelle et d'un jeu de cupules métalliques pour ventouse électrique qui n'ont pas été retrouvés à l'ouverture des caisses au niveau du CMA (valeur 600 €). Il faut noter que ces envois ont coûté cher (transport en avion, frais de transitaires à l'arrivée), et, a posteriori, il nous semble que certains produits auraient pu être achetés sur place à moindre prix.

Un glucometeur, offert par l'Association Belge du Diabète a également été remis à la maternité du CMA. De nombreux échanges avec des écoles de sages-femmes belges et françaises ont permis également au CMA de bénéficier d'apports de petits matériels (instruments pour boîte d'accouchement) et consommables.

---

[2] WHO 2002. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin. Geneva, Switzerland.

[3] JHPIEGO/MNH 2004. Soins Obstétricaux d'Urgence. Guide de référence rapide pour les prestataires de terrain. Baltimore, USA.

Formations

La formation au **partogramme** du personnel de maternité du district a été planifiée par l'ECD pour 2004 et 2005. Au total 135 agents (AA et SF) ont pu bénéficier de la formation. Cette formation a comporté un volet théorique (rappels sur la physiologie de l'accouchement, les différentes variétés de présentation, les conduites à tenir en cas d'anomalie du travail) et un volet pratique (études de cas avec remplissage du partogramme). Dans le cadre du projet AQUASOU, un volet sur les références/évacuations a été ajouté à la formation (critères de références, mise en conditions, remplissage de la fiche de référence).

La formation du personnel aux **Soins Obstétricaux d'Urgence** et à la **prévention des Infections** a pu avoir lieu avec le soutien financier de Médecins du Monde Espagne et la participation de Maternal and Neonatal Health pour le module de formation et les mannequins de démonstration. Le projet AQUASOU n'a volontairement pas beaucoup investi dans les formations 'classiques', puisque celles-ci avaient été planifiées par d'autres bailleurs et a préféré introduire les revues de cas (audits obstétricaux) qui n'avaient été jusque là jamais été menées dans les structures du district.

Il faut aussi noter que le Dr Charlemagne Ouédraogo a pu bénéficier d'une **formation des formateurs en compétences cliniques en SONU**, qui s'est déroulée sur deux sessions (28 juin-16 juillet 2004 et 18-28 octobre 2004) à Bobo-Dioulasso. Cette formation régionale (Côte d'Ivoire, Guinée, Tchad, Niger, Burkina, Rwanda) a été co-organisée par AMDD, JHPIEGO, UNICEF et UNFPA.

Revues de cas

Cette activité a été initiée en février 2004 à l'occasion d'une mission des partenaires de l'IMT (aspects Santé Publique) et les séances suivantes ont été organisées par les deux sages-femmes responsables, Mme Claire Belemkoabga et Mme Agnès Koubizara. Au départ les séances de revues de cas n'ont concerné que les sages-femmes de la maternité du CMA pour qu'elles se sentent à l'aise avec la méthode et le principe de remettre en cause leur pratique. Par la suite, les médecins et le personnel du bloc ont également été invités. Après discussion avec l'équipe des anthropologues et les sages-femmes responsables, il a semblé bon de coupler l'analyse clinique du dossier avec les données anthropologiques issues des entretiens aux domiciles des femmes pour avoir une vision plus globale de la situation. Cette nouvelle approche a été initiée à la huitième séance. A chaque fois, le résumé de l'entretien avec la femme et sa famille a été restitué au même titre que le résumé clinique. De nouveaux éléments, tels que le manque d'information donnée aux patientes, la conséquence du parcours médical sur les soins sont ressortis plusieurs fois grâce aux témoignages des femmes et de leurs accompagnants, problèmes qui n'avaient jamais été mentionnés dans les audits précédents.

Les changements souhaitables et leur application ont été enregistrés grâce à un cahier de suivi des recommandations. Certaines de ces recommandations ont pu aboutir comme le suivi des femmes évacuées à Yalgado, la mise en place d'un cahier de transmission en suites de couches, etc. D'autres plus complexes à mettre en œuvre et relevant de niveaux de décision supérieurs n'ont pas encore été réalisées comme le stage annuel des accoucheuses auxiliaires des maternités périphériques au CMA. Une vue d'ensemble des recommandations issues des audits est reprise en annexe. Lors de la dixième séance, en novembre 2004, le médecin chef du district a été invité par les sages-femmes qui lui ont remis officiellement la liste des recommandations issues des audits afin qu'elles soient prises en compte lors de l'élaboration du plan d'action du district 2005. L'initiative a été saluée par le médecin chef.

L'expérience des audits au CMA du secteur 30 suscite un fort intérêt et des personnels de santé extérieurs à la structure (CHU-YO, CM de Samandin, ENSP, DSF) ont assisté à certaines séances.

En 2005, les revues de cas ont été initiées dans deux autres maternités du district : le centre médical confessionnel de St-Camille (grosse maternité urbaine avec plus de 5.000 accouchements par an, sans bloc opératoire) et la maternité du CSPS du secteur 15 (maternité périphérique publique). A St-Camille, l'organisation des audits a été prise en charge par la sage-femme responsable de la salle d'accouchement avec l'appui extérieur d'une personne du CMA (gynécologue-obstétricien et/ou sage-femme coordinatrice du CMA) puisqu'il n'y avait pas de gynécologue affecté à St-Camille jusqu'en début 2006. Après quelques séances d'appropriation de la technique et de mise en confiance de l'équipe, les séances se sont déroulées avec une forte participation des sages-femmes de St-Camille et dans un climat serein. Par contre au niveau du secteur 15, seules deux séances ont été organisées, l'équipe n'ayant pas montré une volonté de continuer et de jouer le jeu de remettre en cause ses pratiques.

Au total sur les 3 structures, 27 séances de revues de cas de complications maternelles se sont tenues sur le temps du projet. Le CMA du secteur 30 et le CM de St-Camille ont prévu de continuer les séances après la fin du projet.

Staff

Les staffs quotidiens, introduits en 2003, se sont poursuivis sans interruption tout au long des trois années. Tous les dossiers des accouchées et des femmes hospitalisées sont passés en revue chaque matin à 8h avec les équipes de garde et de permanence. Ils permettent de maintenir "la pression" sur les efforts d'amélioration de la qualité des soins.

5.1.2 Diminuer les délais dans la prise en charge des urgences se présentant au CMA

Objectifs opérationnels :
- *Assurer une garde 24h/24 effective du bloc opératoire*
- *Organiser de manière efficiente le roulement du personnel en fonction de leur compétence*
- *Disposer d'un stock de médicaments d'urgence en salle d'accouchement*
- *Disposer d'une banque de sang au CMA*

Garde 24h/24

Les gardes à la fois pour le bloc opératoire et les services de médecine du CMA ont été mises en place à partir du 1er octobre 2004, sous la directive du Directeur Régional de la Santé et avec le soutien financier de la Coopération Italienne qui contribuaient financièrement aux indemnités du personnel de garde. Depuis le 1er octobre 2004, les césariennes sont donc faites en urgence, jour et nuit, ainsi que les week-end ce qui a fortement réduit (sauf pour les cas nécessitant un service de réanimation) les transferts vers le centre national hospitalier et universitaire de Yalgado (cf. chapitre résultats)

Gestion du personnel

Le service Maternité avec ses différentes unités a été réorganisé et l'organigramme avec les responsables des unités a été élaboré et affiché. Des descriptions de poste pour les différents personnels de la maternité ont été élaborées et validées par l'équipe cadre de district: sage-femme en salle d'accouchement, sage-femme en suites de couches, sage-femme de planification familiale, accou-

cheuse auxiliaire en salle d'accouchement, infirmière de post-opéré, attachée de santé en recherche opérationnelle.

Médicaments d'urgence

Un stock de médicaments d'urgence a été mis en place en juin 2004 en salle d'accouchement via un système de kit pour les principales complications : hémorragies, éclampsie, crise de paludisme, rétention placentaire. Ils permettent d'assurer les premiers soins sans pré-paiement.

Stock de sang

Le manque de sang a été un problème tout au long de l'année 2004. Jusque là en cas d'anémie sévère et d'hémorragie, le personnel du CMA devait aller au CHU-YO avec un bon de commande sans avoir la certitude d'être servi, ce qui a entraîné des retards dans la prise en charge. Les négociations commencées en 2004 avec le centre national de transfusion ont abouti début janvier 2005. Un stock de sang est maintenant disponible au niveau du laboratoire du CMA (2 poches de sang des groupes Rh positif, les poches de Rh négatif plus rares sont toujours stockées au CHU-YO). Malheureusement, le stock de poches de sang ne peut pas toujours être approvisionné au niveau du CMA quand la collecte de sang n'a pas été suffisante au niveau du Centre National de Transfusion Sanguine. L'idéal serait que le CMA dispose de plus d'autonomie en organisant ses propres collectes de sang, mais cela ne correspond pas à la politique nationale en matière de gestion et contrôle des produits sanguins.

5.1.3 Améliorer la qualité des interactions soignants-soignés

Objectifs opérationnels :
- *Créer un espace de dialogue entre personnel et usagers*
- *Organiser des groupes de discussion et de réflexion sur les aspects sociaux et déontologiques de l'acte de soin*
- *Introduire un module socio-anthropologique dans les études de sages-femmes*

Observation anthropologique de staffs

Les anthropologues (Fatoumata Ouattara, puis Sylvie Zongo) ont assisté systématiquement à tous les staffs pendant 5 mois de septembre 2003 à janvier 2004. Cette observation directe a permis de décrire la procédure utilisée, les problèmes souvent relevés (remplissage du partogramme, évacuations vers les CHU, transferts des nouveau-nés vers St-Camille, mort-nés frais,…). Cela a permis également d'apprécier les relations responsable-personnels et personnels-personnels.

Visites aux domiciles des femmes césarisées

Les entretiens aux domiciles des femmes césarisées au CMA du secteur 30 ont été initiés en septembre 2003 par les anthropologues et se sont poursuivis jusqu'en septembre 2004. Dès l'ouverture du bloc opératoire du CMA, des entretiens aux domiciles de femmes césarisées au CMA, ont été mis en place. L'initiative de ces entretiens a été consécutive à l'analyse situationnelle qui avait mis en évidence une faible connaissance des univers de vie des usagers par les prestataires de soins. L'ouverture du bloc opératoire offrait donc une opportunité de pouvoir entreprendre des visites dans les cadres de vie de femmes qui venaient de subir une césarienne. Les objectifs de ces sorties étaient d'inciter les personnels de santé à une réflexion critique sur leurs pratiques professionnelles, notamment avec les patientes et, d'autre part, à (leur) permettre l'accès des prestataires aux discours des usagers ainsi qu'à leur cadre de vie.

Du côté des usagers, il s'agissait d'identifier les discours relatifs aux différentes pratiques en matière de suivi de la grossesse et de l'accouchement ; puis de déterminer les différents acteurs sociaux qui interviennent dans la prise en charge financière de la grossesse, de l'accouchement et de l'évacuation.

Les équipes étaient composées d'au moins un anthropologue et un soignant. L'association du soignant à l'équipe de sortie était d'abord basée sur le volontariat. Puis, l'agent de santé effectuant la VAD ne devait pas avoir pris en charge la femme dans la salle d'accouchement. Le rapport non personnalisé entre la femme et le soignant favorise ainsi la tenue de propos plus libres pendant l'entretien.

La plupart des agents de santé ont participé aux VAD. En outre, le personnel du bloc opératoire a, par la suite, également pris part aux VAD. Trente-cinq VAD ont été ainsi effectuées. Après la sortie, un rapport de visite était rédigé par le soignant. Au cours de ces VAD, les soignants ont souvent été confrontés à la surprise et à la crainte des usagers. Jamais dans l'histoire locale du Burkina Faso, on a entendu dire qu'un soignant s'est rendu au domicile d'un patient pour s'enquérir de sa perception sur les soins reçus. Ces visites ont donc parfois suscité des craintes chez les usagers. Par exemple, une femme à qui l'on a rendu visite et à qui on a demandé de discuter aussi avec le conjoint confiait les raisons de ses réticences après l'entretien : *« j'ai eu peur. Je me suis demandé ce que mon mari avait encore fait pour qu'on cherche à le voir ! »*. Les discours des femmes renvoient généralement à des peurs ressenties à l'égard de certains actes médicaux, notamment la césarienne : *« si tu commences par une césarienne, tu vas toujours accoucher par césarienne ! ».* En outre, il y a l'idée que la cicatrisation se passe mal. Les femmes ont souvent évoqué le fait de n'avoir pas été informées pendant les CPN de l'éventualité d'une césarienne. La question récurrente est celle qui tourne alors sur le caractère imprévisible de l'accouchement par césarienne.

Sur la question du coût et de la prise en charge financière d'une césarienne, les soignants ont pu se rendre compte d'un certain nombre de choses :

- rares sont les femmes qui déclarent connaître le coût de leur césarienne ;
- les dépenses sont, la plupart du temps, censées être assurées par le conjoint ;
- les usagers se préparent rarement à faire face à des dépenses supplémentaires éventuelles à l'occasion de l'accouchement. En somme, les problèmes sont résolus dans l'urgence : *« quand ça chauffe, on trouve… »*

Le point central et récurrent dans les entretiens relève de la communication : absence de communication, incompréhension entre prestataires et usagers :

- dans la salle d'accouchement, la parturiente n'est pas souvent informée de l'imminence de l'opération ;
- si une information est donnée par les personnels, elle n'est pas comprise, car souvent peu explicite. Par exemple, une femme à qui on a annoncé que la cause de son opération est que son enfant est gros (en lieu et place d'un bassin généralement rétréci) confie qu'elle fera en sorte que son enfant soit moins gros au prochain accouchement et que pour cela elle évitera de manger.

D'autres questions évoquées par les usagers concernaient la propreté des cadres de soins et la nécessité de développer l'information donnée sur les conduites à tenir en post-opératoire : hygiène corporelle, conduites alimentaires, reprise de l'activité sexuelle, etc.

Les prestataires de soins ont exprimé leur satisfaction à avoir participé à ces entretiens aux domiciles des femmes ayant subi une césarienne dans leur service. Il

reste qu'une telle activité peut difficilement continuer car l'organisation matérielle et le coût restent solidement liés aux ressources du projet.

Rencontres avec des patientes de différentes structures de santé

En février 2004, les anthropologues ont organisé plusieurs réunions avec des groupes de femmes. Ces groupes étaient constitués selon le critère du lieu des recours de soins liés à la maternité. Ces rencontres ont été réalisées avec des femmes qui consultent dans des maternités de la ville de Ouagadougou (CMA du secteur 30, centre médical de st Camille, secteur 28, secteur 15) et celles d'une maternité située en milieu rural (la maternité de Koubri). Ces différentes maternités relèvent du district sanitaire du secteur 30.

Les groupes de femmes comprenaient environ une quinzaine de femmes pour permettre une meilleure profondeur dans les échanges. La spécificité de ces rencontres reposait sur le choix du lieu de la rencontre. En effet, des enquêtes préalables (analyse situationnelle dans le cadre du programme AQUASOU) ont mis en évidence une certaine carence des propos des usagers dès lors qu'ils sont interrogés dans des structures de soins sur leurs perceptions des structures sanitaires et des soignants.

Au début de chaque rencontre, il s'agissait pour les animateurs des rencontres de procéder à un exposé bref du programme AQUASOU et d'insister sur la nécessité de l'amélioration du volet 'qualité' dont une dimension importante repose sur les relations entre usagers et prestataires de soins. De ce fait, les animateurs expliquaient l'importance de la rencontre par le besoin de connaître les avis des utilisateurs des services de santé pour permettre ainsi à terme d'initier le dialogue avec les soignants sur certains points.

Ces réunions avaient donc pour objectif principal de recueillir les opinions des femmes afin qu'elles soient mieux prises en charge pendant la grossesse et l'accouchement. Les thèmes abordés furent leurs perceptions sur la grossesse, l'accouchement ainsi que les problèmes qui y sont liés, les différents avis sur la prise en charge sociale de la grossesse, par exemple quels sont les acteurs sociaux qui interviennent dans la prise en charge financière de la grossesse et de l'accouchement. En ce qui concerne les services reçus, il leur était demandé ce qui leur convenait dans les soins reçus et ce qu'elles souhaiteraient que l'on change dans l'accès à la structure à laquelle elles ont recours, l'organisation de la structure. L'existence et le mode de fonctionnement du bloc opératoire du CMA ont également constitué des points de ces rencontres. Toutes les rencontres ont été enregistrées, transcrites intégralement et analysées.

Rencontre usagers-prestataires

Pendant les focus group organisés auprès des femmes, celles-ci avaient accepté l'idée de réunions entre usagers et personnels de santé. Ces réunions ont été organisées conjointement par les anthropologues (IRD) et les spécialistes de la mobilisation sociale (ASMADE, E&P).

De septembre à octobre 2005, neuf rencontres ont eu lieu :

- CMA, St Camille, secteur 15, secteur 28, dispensaire AMA, le 7 septembre (16 personnes)
- Secteur 15 de Ouagadougou, le 15 octobre 2004 (28 personnes)
- Saaba, le 28 octobre 2004 (25 personnes)
- Komsilga le 10 décembre 2004 (28 personnes)
- Koubri, le 21 décembre 2004 (24 personnes)
- Nioko I, le 24 février 2005 (40 personnes)

- Poussoumtenga, le 28 avril 2005 (25 personnes)
- Secteur 30, le 23 juin 2005 (42 personnes)
- Nongtaaba, le 18 octobre 2005 (36 personnes)

Chaque rencontre s'est faite avec une trentaine de personnes (usagers et prestataires). L'objectif attendu de ces réunions était de permettre aux usagers et aux prestataires d'avoir des échanges sur les problèmes rencontrés pendant leurs relations dans les maternités pour pouvoir à terme parvenir à la définition des droits et devoirs de chacune des parties. L'identification des femmes se fait par le biais des associations féminines des secteurs et villages du district sanitaire. Les présidentes des associations choisies sont d'abord contactées pour des explications sur le but des rencontres et elles se chargent à leur tour de mobiliser les femmes et des responsables des autres associations de leur secteur ou village. Ces séances de discussion ont lieu dans un cadre qui réduit les biais d'un dialogue inégal. Pour cela, les structures de soins et les cadres administratifs (préfecture, mairie) sont évités.

Toutes les réunions sont enregistrées sur magnétophone et les données sont ensuite retranscrites intégralement. Qu'il s'agisse des focus group ou des entretiens individuels avec les femmes césarisées au bloc opératoire du secteur 30, très peu de femmes connaissaient l'existence du bloc auparavant. En dehors de celles qui y ont subi une césarienne, les autres qui le savaient, en avaient entendu parler mais ne s'y étaient jamais rendu. Il y a même des femmes qui ignoraient qu'il y avait une maternité au secteur 30. Ces rencontres ont donc aussi été des moments d'information et d'explication sur l'existence du bloc et de son fonctionnement.

Appui à la formation en socio-anthropologie des sages-femmes et maïeuticiens d'Etat

Le module de formation des élèves sages-femmes et maïeuticiens d'Etat prévoit un cours de socio-anthropologie (15 heures + 2 heures d'évaluation) qui a pour objectif d'amener les apprenants à tenir compte des facteurs socioculturels et socio-économiques, des contraintes limitant l'accès aux soins, ainsi que des aspects genre dans le domaine de la santé maternelle. Il est également prévu un stage spécifique de 10 heures qui n'est pas réalisé pour l'instant.

Par ailleurs, dans l'évaluation globale des apprenants, l'ensemble des matières enseignées devrait être pris en compte ; or, jusqu'à présent, la part de la socio-anthropologie est insuffisante dans cette évaluation, en partie en raison du manque d'outils adéquats dont disposent les encadreurs des ENSP pour évaluer cette matière. Ces cours sont souvent dispensés par des philosophes ou des psychologues.

Le projet de renforcement du module de formation en anthropologie a pour but de proposer des outils d'évaluation aux encadreurs de l'ENSP pour cette discipline, de mettre davantage l'accent sur la méthodologie, et d'envisager l'organisation de stages spécifiques en anthropologie, sans modifier la maquette actuelle des enseignements.

Cet appui avait pour objectif de mettre à la disposition des futurs professionnels de santé des outils nécessaires pour une meilleure approche des usagers dans les soins en maternité par une formation pratique à la socio-anthropologie de la santé.

De nombreux contacts ont alors été entrepris au cours de l'année 2004 avec les responsables de la formation à l'ENSP et de l'école des sages-femmes et des maïeuticiens d'Etat de Ouagadougou. Une séance test de deux heures a déjà été dispensée aux élèves de deuxième année (F. Ouattara, 30 octobre 2004).

Après cette séance appréciée par les apprenants, deux ateliers ont été organisés :

- un atelier de deux jours (17 et 18 février 2005) destiné aux encadreurs de l'école a permis de préciser les modalités d'évaluation des acquis des apprenants en socio-anthropologie dans l'évaluation globale.

- un second atelier (09-10 juin 2005) organisé à l'intention des encadreurs de stage de terrain des élèves sages-femmes et maïeuticiens d'Etat a eu pour objectif d'insister sur l'utilité du regard socio-anthropologique dans l'évaluation des stagiaires.

A l'issue de ces différentes rencontres avec l'administration de l'ENSP, les enseignants et les encadreurs de stage, une vingtaine d'heures de cours ont été dispensés conjointement par un membre de l'équipe de l'IRD (F. Ouattara) et un enseignant du département de sociologie de l'université de Ouagadougou (F. Bationo) à l'école de formation des sages-femmes en décembre 2005. Une évaluation du contenu a été faite. Le cours de socio-anthropologie à l'école des sages-femmes de Ouagadougou sera enseigné par F. Bationo. Le programme AQUASOU aura permis ainsi de reformuler le contenu du module de socio-anthropologie auprès des sages-femmes et maïeuticien en cours de formation.

5.1.4 Créer un contre-pouvoir de la société civile

Objectif opérationnel :
- *Créer un kit droit pour les usagers*

Droits des usagers

L'idée générale était d'appuyer les usagers pour qu'ils organisent la défense d'un service de qualité et notamment les acquis du projet pour assurer la durabilité des améliorations mises en place. Il s'agissait d'abord de favoriser une prise de conscience de la part des usagers, du rôle qu'ils peuvent jouer pour améliorer ou maintenir la qualité des services, de leurs droits mais également de leurs devoirs. A la fin du projet, aucune action uniquement ciblée sur cet objectif n'a été entreprise. Cependant, toutes les activités mises en œuvre à destination de et avec les usagers potentiels des services intégraient cette dimension : c'est le cas des rencontres usagers-prestataires citées ci-dessus, des réunions d'informations sur le projet et la maternité à moindre risque. A l'occasion des rencontres préparatoires à la mise en place du partage des coûts, après avoir compris et s'être approprié les mécanismes, les représentants des populations ont exprimé leur crainte de voir d'autres services augmenter ou de nouveaux « rackets » apparaître, pour compenser la baisse apparente du prix des accouchements et césariennes. Gageons sur le fait qu'à partir de cette prise de conscience justifiée, les usagers resteront attentifs à défendre le prix du forfait. Par ailleurs ce forfait est possible grâce aux contributions des collectivités locales, les usagers (ou leurs représentants), également électeurs, pourront revendiquer la pérennisation de l'allocation budgétaire pour la santé maternelle. Les élections municipales de 2006 ont consacré l'intégration de la santé maternelle à l'agenda politique.

5.2 Augmenter l'utilisation des services obstétricaux d'urgence

5.2.1 Améliorer l'accessibilité géographique

Objectifs opérationnels :
- *mise à disposition du CMA d'au moins une ambulance et de radios pour les CSPS*
- *Inciter les autorités locales à améliorer l'état des routes autour du CMA*

Ambulance et radios

Dès le démarrage du projet, il était évident que le budget AQUASOU ne permettait pas d'acheter une ambulance et des radios. Cependant la coopération italienne avait prévu cet achat dans son projet de coopération. Le district a fonctionné sans ambulance affectée au CMA pendant toute l'année 2004. A partir du 1er octobre 2004, simultanément au démarrage des gardes 24h/24, le DRS a mis à disposition des 4 CMA urbains une ambulance avec chauffeur basée au siège de la DRS en centre ville. Sur appel téléphonique, l'ambulance peut être utilisée pour les évacuations et le transport des médecins pour les urgences pendant la garde. Il y a cependant eu des dysfonctionnements (chauffeur non joignable, domicile du médecin non retrouvé) qui ont entraîné des retards ou des transferts évitables vers le CHU-YO. La situation s'est s'améliorée en 2005 puisque l'ambulance commandée par la coopération italienne a été mise en service en mai 2005. Dans le cadre du partage des coûts, le CM de St-Camille a également accepté de transporter gratuitement avec son ambulance les femmes du district évacuées vers le CMA pour une césarienne. Six RAC ont également été livrés par la coopération italienne pour les CSPS ruraux et la direction régionale de la santé a mis en place, avec l'appui de Telmob, un système de réseau GSM pour les centres de santé urbains qui permet d'appeler gratuitement les numéros d'urgence (ambulance, salle d'accouchement, médecins de garde,…). Ceci a considérablement amélioré la communication et la gestion des urgences. Si le système en théorie devrait être adéquat, des supervisions ont montré des dysfonctionnements dans certains CSPS qui doivent être corrigés: GSM défectueux non remplacé par le COGES, GSM non chargé, GSM 'séquestré' par une personne et non accessible au personnel de la maternité, ambulancier qui exige le pré-paiement avant le transport de la patiente même en cas d'urgence vitale,…

Routes

Comme pour les ambulances, le projet AQUASOU n'avait ni les moyens, ni l'ambition de réhabiliter les routes mais les acteurs du projet (institutionnels et autorités sanitaires locales) ont, à plusieurs reprises, interpellé les collectivités locales sur leur mandat au cours des différentes séances de travail. Nous pouvons saluer ici la Mairie de Ouagadougou et la Mairie d'arrondissement de Bogodogo qui grâce au bitumage de la route entre la maternité de St-Camille et le CMA ont fortement contribué à améliorer les transferts entre les deux structures. Beaucoup reste cependant à faire au niveau des départements ruraux, en particulier l'axe Koubri-Tansablogo (département de Koubri) qui est impraticable pendant la saison des pluies et conduisent à la fois l'équipe soignante et les patientes à un véritable isolement.

5.2.2 Organiser le système de référence

Objectifs opérationnels :
- *mettre en place des fiches de références/contre-références dans tout le district*
- *Former le personnel aux critères de références et aux modalités de la référence*

Fiches de référence / contre-référence

Lors d'une mission en février 2004, l'équipe de l'IMT a élaboré avec l'équipe cadre de district une fiche de référence et de contre-référence. Jusque là il n'y avait pas de standardisation au niveau du district et les femmes pouvaient être référées sans aucun renseignement médical. Après une phase d'appropriation de l'outil de 2-3 mois, les fiches sont maintenant utilisées à chaque évacuation par les structures publiques mais aussi les structures privées du district. Elles renseignent également sur le temps mis entre la décision du transfert, le départ et l'arrivée effective dans le service. Les fiches sont remplies en double exemplaire ; un pour la structure qui envoie et un pour la structure qui reçoit. La fiche est agrafée dans le dossier clinique et à la sortie le service de suites de couches remplit la fiche de contre-référence qui est déposée dans les casiers respectifs des CSPS au niveau du district.

Critères de référence

Le projet AQUASOU a introduit un module 'référence/évacuation' dans la formation sur le partogramme proposée par la DSF. Ainsi tous les agents ont pu être formés aux critères de référence et à la mise en condition pour le transport des urgences. Les fiches de contre-référence permettent également au personnel des CSPS de s'évaluer (pertinence de l'évacuation, qualité de la mise en condition). L'organisation d'un transport médicalisé (avec un personnel soignant du CMA qui accompagne l'ambulancier pendant le transport) a été projetée, mais n'a pas pu être réalisée pratiquement.

5.2.3 Améliorer l'acceptabilité des services par la population

Objectifs opérationnels :
- *Informer et impliquer effectivement les populations dans le projet à tous les stades et mobiliser les leaders locaux en faveur de la santé maternelle et infantile*
- *Informer les femmes et leur entourage sur les services existants et sur les signes de danger*
- *Organiser des rencontres usagers-prestataires pour renforcer la confiance*

Première campagne d'information début 2004

Au premier trimestre 2004, pour répondre au premier objectif opérationnel, une importante campagne d'information sur le projet et ses objectifs a été réalisée sur le terrain à l'attention des populations et des leaders locaux de toute la zone couverte par le district sanitaire du secteur 30. Cette campagne a été organisée et mise en œuvre par l'ASMADE et l'union des associations féminines de Bogodogo sous la supervision d'E&P.

Les objectifs de cette campagne étaient de :

- Informer largement, après un premier passage en 2003, les populations et leaders locaux sur le projet AQUASOU et ses objectifs dans la zone du projet
- Informer et consulter les familles sur le système de partage des coûts dans le cadre du projet
- Analyser les capacités financières et la perception des femmes et de leur entourage en matière de SOU.

Sept aires sanitaires spécifiques ont été identifiées : 5 aires sanitaires autour des CSPS de Saaba, Tanlarghin, Koubri, Bassemyam, Komsilga et les secteurs 15 et 30 de Ouagadougou.

Dans chacune de ces aires des rencontres de différentes natures ont été réalisées :

1. *Information et mobilisation des leaders*

- 7 réunions (une dans chaque zone) d'information des leaders communautaires et autorités politiques et administratives locales (présidents d'associations – hommes et femmes-, COGES, préfets, agents administratifs …) ont été réalisées. Ces réunions qui ont touché 174 personnes ont permis de diffuser des informations sur le programme AQUASOU, sur le concept de partage des coûts, sur la fonctionnalité du bloc opératoire du CMA

2. *Information et consultation des populations cibles*

- 30 discussions de groupes (12 en milieu urbain et 18 en milieu rural) qui ont concerné 633 personnes
- 41 rencontres avec et dans les familles (32 familles rurales de villages proches et éloignés du CSPS et 9 urbaines), 186 personnes concernées
- 9 entretiens individuels

Au cours de ces réunions les thèmes suivants ont été abordés et ont fait l'objet de discussion et de débats :

- Pratiques et problèmes autour des accouchements
- Fréquentation des centres de santé
- Pratiques en matière de prise en charge ainsi que de partage des frais des soins obstétricaux d'urgence
- Sources de revenus et logique de prévoyance
- Explication du principe de partage des coûts

Au total, ce sont plus de 800 personnes (dont 20 % d'hommes) qui ont été informées et qui ont pu se prononcer sur le système de partage des coûts et le montant du forfait acceptable pour les familles dans le cadre de cette initiative.

Cette campagne a fait ressortir les enseignements et résultats suivants :

- Les évacuations et urgences obstétricales restent des réalités difficiles à gérer (absence de prévoyance, faiblesse financière)
- Les femmes souhaitent une plus forte implication des hommes dans le suivi de leur grossesse
- Le projet AQUASOU (notamment le partage des coûts) a l'adhésion des responsables, est attendu par la population, mais des préoccupations sont exprimées (conditions de prise en charge, crainte d'avoir à payer plus que le forfait)

- Les femmes rencontrées estiment normal de participer au partage des coûts (pas de gratuité revendiquée)

Deuxième campagne d'information fin 2004

En octobre et novembre une seconde campagne « rencontres d'information et d'échanges sur le partage des coûts » a été effectuée sur le terrain pour préparer l'atelier technique sur le partage des coûts et prendre en compte les attentes, préoccupations des populations bénéficiaires.

Dans chaque zone, les rencontres ont été précédées par des réunions de travail avec les autorités sanitaires et politiques locales pour les informer des avancées du projet dans toutes ses composantes et obtenir leur adhésion et leur soutien dans l'organisation des rencontres.

Puis dans chaque département et pour Bogodogo, une rencontre spécifique a été organisée. Pour une représentativité optimum (couverture géographique et prise en compte des villages éloignés des CSPS et des chefs lieux), au moins une femme (présidente ou responsable des organisations féminines) et un homme (agent administratif villageois, agent de santé communautaire) de chaque village ont été invités.

Ainsi, 4 rencontres, animées par des représentants de l'ASMADE et en présence quand cela a été possible d'un représentant de l'ECD, ont eu lieu :

- le 25 octobre à Koubri (50 personnes, 24 villages représentés)
- le 26 octobre à Saaba (47 personnes, 23 villages)
- le 27 octobre à Komsilga (87 personnes, 35 villages)
- le 3 novembre à Bogodogo (31 personnes)

Le contenu informatif [4] des rencontres a été relativement technique notamment pour ce qui concerne la mise en place du partage des coûts. Il s'agissait de présenter aux représentants des populations du district (ayant la charge de faire redescendre les informations dans leur communauté) les différents scénarios de partage des coûts envisagés et de recueillir leurs avis sur les modalités de mise en œuvre. Fabienne Richard (IMT) a assisté à toutes les réunions pour pouvoir répondre aux questions techniques sur le partage des coûts.

La richesse des échanges et la pertinence des questions et interventions qui ont suivi les présentations ainsi que le degré de mobilisation (notamment dans les départements) ont montré l'intérêt porté au projet et la volonté des populations à s'impliquer largement.

Les principaux points discutés ont été les suivants :

- Collaboration entre les mutuelles de santé déjà existantes et le projet AQUASOU
- Cas d'indigence (femmes abandonnées sans aucune ressource ni soutien, femmes folles, cas des grossesses non désirées, etc.)

[4] *Présentation du projet AQUASOU : Rappel du contexte et des objectifs ; présentation de la note technique sur le partage des coûts (information sur l'aire du projet, information sur l'éligibilité des femmes bénéficiaires, présentation du processus d'évaluation du coût total des soins obstétricaux d'urgence et de la clé de répartition entre les différents acteurs, estimation du nombre d'interventions obstétricales, estimation du coût du forfait : transport + intervention, présentation de l'enveloppe globale pour une année, stratégie de mobilisation des contributions des familles en cas de SOU) ; information sur le fonctionnement du bloc opératoire qui est devenu le centre de référence pour les CSPS de l'aire du district du secteur 30.*

- Inaccessibilité de certains villages (éloignement, voies impraticables).
- Risques éventuels d'autres dépenses (en plus des 25.000 CFA, voir 5.2.4) que le personnel médical pourrait exiger aux patientes pour les SOU (gants ou autres), que d'autres services soient facturés plus cher pour compenser le coût du forfait

Des suggestions ont été faites :

- Organiser des réunions d'information et d'échanges, ainsi que des séances de sensibilisation sur le projet AQUASOU aux hommes
- Mettre l'accent, lors des différentes rencontres, sur l'amélioration des relations entre les usagers et les prestataires de soins.

Campagne d'information 2005

La campagne 2005 a été beaucoup plus large et a touché la quasi-totalité des villages du district avec des informations sur la pyramide sanitaire et les circuits à respecter, le CMA et son fonctionnement, les règles du partage des coûts. Plus de 146 réunions ont été tenues dans toute l'aire du district, ce qui a permis de toucher plus de 7900 personnes dans l'ensemble. Ces rencontres ont été aussi l'occasion de présenter et discuter des droits (devoirs des services et de leur personnel) et devoirs de l'usager (identifiés conjointement par des représentants du personnel et des usagers lors des premières rencontres usagers-personnel et acceptés par l'ECD).

Il a été également organisé une campagne radio en décembre 2005 et janvier 2006 sur la grossesse et ses complications à travers trois thèmes : le suivi de la grossesse, les signes de danger et le plan de l'accouchement. Au total 45 émissions ont été diffusées en mooré et français.

5.2.4 Améliorer l'accessibilité financière des services

Objectifs opérationnels :
- *Mettre en place un système de partage des coûts pour les urgences obstétricales*

Un système de partage des coûts pour la prise en charge des évacuations (des centres de santé du district vers le centre médical avec antenne chirurgicale) et des interventions chirurgicales (le plus souvent, césariennes) a démarré sous l'impulsion du projet AQUASOU le 5 janvier 2005. 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).

Travail préparatoire

Ce système de partage des coûts est l'aboutissement d'un long processus d'informations, de discussions avec les différents acteurs depuis la première réunion de consensus en mai 2003 qui avait dessiné les premières esquisses du projet de partage des coûts.

Une première note technique avait été élaborée en juillet 2003 lors d'une mission conjointe IMT-E&P et présentée aux différents acteurs (Collectivités locales, COGES, Equipe Cadre du District). Une première étape a été franchie lorsque nous avons appris que la Mairie de Ouagadougou avait voté sa contribution au projet pour 2004 au conseil municipal. Fort de ce signal positif, nous avons continué les séances d'information et de négociations. La note technique a été plu-

sieurs fois remises à jour (estimations du nombre d'interventions attendues, estimations des coûts,…), les partenaires ont été régulièrement informés lors des missions terrains et également à partir de Paris par E&P en dehors des missions.

Afin de préparer le démarrage du projet pour janvier 2005, la note technique expliquant les modalités de calcul a été réactualisée et distribuée aux principaux acteurs trois semaines avant l'atelier technique. Une réunion avec tous les COGES et les ICP du district a eu lieu le 22 octobre au CMA et a abouti à un consensus sur la quote-part des COGES. Suite à cette réunion où la participation des structures privées confessionnelles a été envisagée, les responsables des six plus grosses structures confessionnelles du district ont été approchées (St-Camille, AMA, CM Islamique, Noom-Wendé, Nioko1 et Monastère). Le projet a été bien accueilli. Au niveau des usagers, l'ASMADE, l'Union des associations féminines de Bogodogo ont été mandatées pour organiser des réunions en milieu rural et urbain auprès de représentants de la population (femmes et hommes) pour avoir l'avis des usagers sur le projet et les clés de répartition proposées. Là encore, il ressort que le projet répond aux attentes des gens et que le démarrage effectif du système est très attendu.

Atelier de partage des coûts

L'atelier technique sur le partage des coûts s'est tenu les 9 et 10 novembre 2004. Il a permis d'adopter sans difficultés majeures la clé de répartition ainsi que les modalités pratiques du système. Il a donc été arrêté que sur une prise en charge (transport, intervention, soins post-opératoires) évaluée à 74.000 CFA, il sera demandé 25.000 CFA à la patiente, le reste étant couvert par les autres acteurs. Le démarrage du système a été fixé au 1er janvier 2005. Les modalités de suivi du système ont également été définies avec la création d'un comité de suivi (20 personnes, réunion trimestrielle) chargé de contrôler le bon déroulement du projet et le respect des objectifs et la création d'un bureau exécutif chargé de la mise en œuvre au jour le jour. Un expert malien, Dr Bamba, Directeur Régional de Koulikouro, a participé aux débats de l'atelier à l'invitation de l'IMT d'Anvers. Sa contribution sur l'expérience des caisses de solidarité au Mali pour la prise en charge des urgences, a été appréciée et a permis d'alimenter la réflexion sur le rôle des COGES dans le système. Il est important de préciser que cet atelier a pu être financé par la délégation UNICEF-Burkina, dans le cadre de leur soutien aux initiatives de partage des coûts.

Démarrage effectif du projet

Une réunion avec tout le personnel de la maternité et du bloc opératoire du CMA a été organisée le 30 décembre 2004 pour expliquer les modalités de la mise en œuvre du système de partage des coûts. Le démarrage fixé initialement au 1er janvier a été effectif le 5 janvier 2005 ; le temps de finaliser les outils de gestion du système : fiche individuelle de prescription, registre de délivrance des médicaments au dépôt, cahier des contributions COGES à la caisse, etc… Une visite en décembre 2004 des services de recouvrement à l'hôpital Yalgado a permis de bénéficier de l'expérience des agents de recouvrement tout en adaptant les outils à la spécificité du projet AQUASOU. En effet, le CHU-YO ne prend pas en charge les soins post-opératoires dans son système de soins sans pré-paiement. Un tableau Excel avec les coûts réels de chaque prise en charge en urgence est tenu à jour et a permis de comparer les estimations faites avant de démarrer le système et les coûts réels. Des interviews de femmes césarisées ont également été réalisées pour recueillir de manière structurée les perceptions des femmes.

Présentation du système de partage des coûts

Voici brièvement une description du système de partage des coûts tels qu'il a été conçu par les différents acteurs.

Principe du partage des coûts

L'objectif du partage des coûts est d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes résidant dans le district sanitaire du secteur 30. Le partage des coûts concerne un paquet de soins et services qui sont : le transport en ambulance, l'intervention chirurgicale en urgence, les soins post-opératoires pour la mère et l'enfant. Ce paquet a été estimé à 74.000 CFA.

Les coûts directs de la césarienne (ou d'une autre intervention obstétricale majeure) sont partagés entre quatre acteurs ce qui permet de réduire la part des familles. La contribution des acteurs par intervention s'élève à 25.000 CFA pour la patiente, 8.000 CFA pour les COGES et les structures confessionnelles, 20.000 CFA pour les collectivités locales (Mairie, Haut-Commissariat) et 21.000 CFA pour le Ministère de la Santé. Ce fonds de solidarité alimenté par les différents acteurs permet de dégager une marge "bénéficiaire" pour prendre en charge les indigentes.

Modalités du système

Les bénéficiaires du système sont les femmes enceintes résidant dans l'aire sanitaire du district du secteur 30. Les femmes 'hors-district' bénéficient des mêmes soins mais ne peuvent pas bénéficier du tarif préférentiel et doivent payer à l'acte.

Les interventions prises en charge sont : la césarienne, la laparotomie pour grossesse extra-utérine, l'hystérectomie d'hémostase, la réparation de déchirures compliquées du périnée et du col nécessitant une anesthésie générale

Sont compris dans le forfait tous les frais en rapport avec l'intervention en urgence : le transport en ambulance (ambulance des CSPS, CMA ou de la DRS), l'intervention chirurgicale, les examens complémentaires, les soins post-opératoires pour la mère et son enfant pendant le séjour au CMA, l'hospitalisation en 2ème catégorie, les pansements en externe jusqu'à cicatrisation.

Recouvrement des coûts

La patiente ou sa famille doit payer les 25.000 CFA au niveau de la caisse de paiement du CMA du secteur 30 avant ou après l'intervention selon ses possibilités. Un agent de recouvrement contrôle les opérations de recouvrement. Les indigents disposant d'un certificat des services sociaux sont dispensés de paiement. Le service social du CMA peut également décider de l'exonération pour des familles ne disposant pas de certificat d'indigence mais correspondant aux critères après enquête sociale.

Si le dépôt pharmaceutique est en rupture de stock de certains médicaments génériques ou si une pathologie nécessite la prescription d'une spécialité, une ordonnance est remise à la famille pour qu'elle puisse acheter les produits dans une officine privée. Le CMA rembourse cet achat sur présentation de la facture après vérification de l'agent de recouvrement.

Si par défaillance du CMA l'intervention ne peut être réalisée sur place, la femme est transférée en ambulance vers le CHU-YO au frais du CMA et une somme de 28.000 CFA (part des COGES et des collectivités locales) est versée à la femme pour participer aux frais de prise en charge au CHU-YO.

Gestion et suivi du projet

Un comité de suivi du projet composé des représentants des différents acteurs (20 membres) a été mis en place. Il se réunit tous les 3 mois pour vérifier que la mise en œuvre du partage des coûts se passe selon les lignes directrices de la convention.

Un comité restreint a été également mis en place au niveau du CMA du secteur 30. Il comprend 7 membres qui se réunissent tous les 15 jours et assurent la gestion du système au quotidien

Bilan 2005

Le bilan détaillé est disponible dans le rapport du comité de suivi du partage des coûts de janvier 2006[5].

Entre le 5 janvier et le 31 décembre 2005, 536 femmes ont été opérées pour une intervention obstétricale majeure (6 femmes césarisées avant le 5 janvier n'ont pas pu rentrer dans le système). Sur ces 536 femmes, 425 femmes résidant dans le district sanitaire ont été prises en charge dans le cadre du forfait (Césarienne, GEU) et 111 femmes 'hors-district' ont été opérées pour urgence obstétricale mais n'ont pas bénéficié du forfait. On peut noter que si les femmes du district sanitaire du secteur 30 sont de plus en plus nombreuses à être prises en charge, le CMA du secteur 30 attire également les femmes hors-district, avec un maximum de 29% en septembre. Parmi les 425 femmes ayant bénéficié du forfait, 400 provenaient de l'arrondissement de Bogodogo (94%) et 25 seulement des départements (6%).

Le taux de recouvrement des coûts sur l'année 2005 s'est monté à 91,3%. Sur les 425 femmes qui ont bénéficié du forfait, 43 femmes n'ont pas payé la totalité des 25.000 CFA (10,1%). La plupart de ces cas sont survenus avant qu'un agent de recouvrement soit recruté, il est donc difficile de savoir si ces 43 représentent réellement des femmes indigentes ou si elles ont profité des failles de démarrage du système. L'année 2005 a été clôturée avec un solde positif de 1.109.554 CFA. Seul un CSPS sur les vingt-deux et un centre médical confessionnel sur les six n'ont pas payé leur contribution.

Gestion du système

La gestion du projet au quotidien est assurée par le comité restreint qui se retrouve tous les 15 jours.

Le comité a diffusé une brochure d'information chaque fois que l'occasion s'est présentée (réunion COGES-ICP, ateliers au niveau central,…). Il a procédé à l'analyse mensuelle des données et au suivi des contributions (lettres de rappel pour les COGES, contact avec les collectivités locales). Un guide de procédures (circuit de la femme et modalités de recouvrement) a également été élaboré pour que chaque acteur puisse s'y référer en cas de problème.

Le système de partage des coûts possède maintenant un local, puisque dans le cadre du projet AQUASOU, la coopération française a pu financer un container qui a été aménagé en bureau, ainsi que l'installation informatique. Ce bureau est devenu donc un point d'accueil des familles des patientes opérées pour obtenir tous les renseignements concernant le recouvrement et les formalités administratives.

Le comité restreint s'est enrichi d'un éducateur social qui a pris fonction au CMA en juillet 2005. Il travaille en étroite collaboration avec les acteurs du partage des

[5] Ministère de la Santé. Direction régionale de la santé du Centre. District sanitaire du secteur 30. 2006 Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30. Bilan annuel 2005. Compte rendu de la 4ème réunion du comité de suivi, 17 janvier 2006, Ouagadougou, Burkina Faso.

coûts. Il a élaboré une grille de critères d'indigence pour mieux les identifier. Cependant le système de partage des coûts ne peut couvrir que les dépenses liées à une urgence obstétricale et la prise en charge des indigents des services de médecine, chirurgie ou pédiatrie reste toujours un problème au CMA.

L'agent de recouvrement recruté par les services de la Mairie de l'arrondissement de Bogodogo a pris fonction début décembre 2005 et travaille tous les jours au niveau du service Maternité. Il visite les femmes opérées, présente les modalités du recouvrement des coûts à la patiente et sa famille. Il travaille en équipe avec le personnel du post-opéré et du dépôt pour la gestion des prescriptions et le personnel de la caisse centrale pour le paiement du forfait.

Perception de la population

Différentes enquêtes qualitatives ont été menées auprès des patientes et de leurs familles pour évaluer le degré de connaissance du système par la population et recueillir leur perception sur ce système. Vingt-quatre patientes ou membres de leurs familles ont été interviewées en juin 2005 et vingt-six en décembre 2005. Il ressort de ces deux enquêtes que peu de femmes sont au courant de l'existence de ce système avant leur admission à la maternité du CMA. C'est seulement lors de la décision de la césarienne qu'elles ont été informées par la sage-femme.

La perception du système est bonne, *"c'est un soulagement pour les familles".* Le principe de soins sans pré-paiement est apprécié, l'équipe n'attend pas en effet que les 25.000 soit réglés pour commencer l'intervention, *"même si tu n'as pas les moyens tu as accès aux soins".* Le personnel est jugé compétent et les soins de bonne qualité par la population. La somme des 25.000 CFA demandés à la patiente semble acceptable selon les familles interviewées, *"vingt-cinq mille, c'est pas cher pour sauver deux vies, on ne peut pas faire gratuit, la santé à un prix".*

L'ASMADE lors de ses réunions a pu également relever les demandes des populations par rapport au système. Beaucoup de femmes aimeraient que la consultation pré-natale et les complications non chirurgicales pendant la grossesse soient prises en charge. Il faut savoir que la CPN est normalement gratuite au Burkina Faso et c'est pour cela qu'au début du projet, elle n'avait pas été incluse dans le forfait. Cependant sa mise en application n'est pas aisée et des ruptures de produits gratuits ont fait que les sages-femmes ont du à certaines périodes faire payer les CPN, ce qui a entraîné la confusion et l'incompréhension chez les femmes.

Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre

Une des premières difficultés a été d'assurer les soins obstétricaux d'urgence 24h/24 et de garantir l'offre de soins promise dans le forfait sur toute l'année. Ainsi des ruptures de stock au niveau du dépôt ont parfois obligé les infirmiers en du service post-opéré à faire des ordonnances pour des pharmacies privées (ocytocine, fils de suture). Le bloc opératoire a aussi connu des dysfonctionnements (rupture d'oxygène, de produits anesthésiques, stérilisateur en panne) qui ont parfois suspendu l'activité et obligé les soignants à transférer les femmes sur le CHU-YO pour les interventions chirurgicales (au total 4 semaines de suspension de l'activité chirurgicale sur l'année 2005). Il faut noter que dans la majorité des cas, les ruptures de stock au niveau du CMA étaient liées à des ruptures au niveau national de la centrale d'achat des médicaments génériques.

La deuxième difficulté concerne la compréhension du système par le personnel soignant. Pour certains, il a été difficile d'arrêter les vieilles habitudes. Ainsi le fait de commencer les soins sans attendre le paiement de la patiente, d'abandonner le système des ordonnances doit toujours est ré-expliqué en particulier pour le personnel nouvellement affecté ou les stagiaires. Il est vrai que le système de partage des coûts a objectivement entraîné un manque à gagner pour le personnel de santé en arrêtant les "deals" du personnel ou du moins en les rendant plus

difficiles (détournement de médicaments pour les revendre à d'autres patients du service ou pour une pratique privée en ville). Ce manque à gagner par l'introduction des meilleures pratiques n'a pas été compensé financièrement et peut expliquer certaines réticences. Les différents acteurs fondateurs du partage des coûts n'ont pas souhaité en effet introduire d'indemnités, jugeant que le travail demandé au personnel ne dépassait pas leur description de poste et qu'il existait déjà des ristournes officielles au niveau du CMA liées à l'activité du service.

5.3 Assurer le suivi, l'évaluation du projet, la coordination entre les différents acteurs et la diffusion des résultats

5.3.1 Evaluer le bon déroulement du projet et les résultats obtenus

Objectifs opérationnels :
- *Mettre en place des indicateurs de processus et des résultats spécifiques au projet*
- *Faire une synthèse annuelle des activités*

Indicateurs de processus et de résultats

Des **indicateurs** de processus et de résultats, spécifiques à la composante 2, ont été élaborés en début de projet. Des indicateurs communs à la composante 1 et 2 du projet, les Indicateurs Généraux Normalisés (IGN) ont également été définis après consensus et ont été calculés sur plusieurs sites du projet AQUASOU en juillet 2004 (IGN pour l'année 2003). L'INSERM a assuré la compilation des données des différents sites.

Une étude sur les **Besoins Obstétricaux Non Couverts** a été réalisée. Elle porte sur les années 2003, 2004 et 2005 pour le district du secteur 30. Le recueil d'information s'est fait auprès des formations sanitaires qui réalisent des interventions obstétricales majeures : le CHU-YO, les quatre CMA de la région sanitaire du centre (Secteur 30, Pissy, Kossodo, Paul VI), le CMA de Saponé (qui touche le département de Saaba), les cliniques privées de la ville de Ouagadougou qui pratiquent des césariennes (cf. résultats).

Une grille de **critères de qualité** pour la surveillance pendant le travail et après l'accouchement avait été élaborée en juillet 2003. Trente dossiers sont tirés au sort et analysés tous les trimestres.

Visite des centres de santé

La mission de septembre 2004 a été l'occasion pour l'équipe de l'IRD et l'IMT de faire un deuxième tour systématique des maternités du district (le premier avait été fait lors de l'analyse de situation initiale en avril 2003). Quatre structures : CSPS de Tansablogo, Tansobintenga, Tampouy et Kalzi étaient inaccessibles en raison des voies impraticables en saison de pluie. L'objectif de la visite était de faire le point sur l'offre de soins et recueillir les impressions des prestataires sur le projet et l'évolution des activités au CMA. Les personnels des centres ont apprécié l'apport de matériel reçu dans le cadre du projet AQUASOU, mais disent ne pas encore percevoir une grande différence en matière d'amélioration de l'accessibilité aux SOU depuis que le bloc du CMA est ouvert. En effet, au moment de notre passage, les activités chirurgicales n'étaient pas encore réalisées 24h/24 (début 1er octobre 2004) et le CMA ne disposait toujours pas d'une ambulance. Les prestataires continuaient donc de référer en majorité vers le CHU-YO. La majorité des CSPS ruraux, mais aussi certains CSPS péri-urbains n'ont pas l'eau courante, ni l'électricité. Certains sont dans un état de délabrement important (fuites

au plafond, termites, lits défoncés,…). Une forte disparité de fréquentation existe entre les différentes maternités du district (remettant en question l'existence de certaines maternités). Par ailleurs, la répartition en matériel et équipements n'est pas rationnelle selon l'activité. Par exemple, les maternités de Tanghin (qui effectue 2 accouchements par mois) et Dayoupsi (5 accouchements par mois) sont mieux dotées en équipements et locaux que la Maternité de Yamtenga qui effectue 60 accouchements par mois. Le matériel commandé pour l'année 2 ainsi que des travaux planifiés par l'ECD pour 2005 devraient améliorer les choses. Mais pour les maternités urbaines qui sont sous gestion communale, des contacts avec la Mairie de Ouagadougou doivent être pris par l'ECD pour définir les priorités et planifier des travaux de réhabilitation. Il sera intéressant de refaire un tour systématique en 2005 pour évaluer l'impact de l'ouverture du bloc, l'arrivée de l'ambulance au CMA et la mise en place du système de partage des coûts dans le district sanitaire.

Un troisième tour systématique des maternités du district a été fait par l'IRD (octobre 2005 à février 2006). L'objectif de ces visites en fin de projet consistait à recueillir les opinions des prestataires de soins sur le projet AQUASOU et les difficultés rencontrées quotidiennement pour l'exercice de leur fonction. Les soignants rencontrés dans les différentes maternités ont globalement apprécié positivement le projet AQUASOU. Cette appréciation est associée à l'instauration par le biais du projet du système de partage des coûts dans le district sanitaire du secteur 30. Les prestataires de soins des centres de santé péri-urbains et ruraux confient qu'ils utilisent l'existence du système de partage de coûts pour faire accepter l'évacuation par les femmes et leurs familles. Notons que la crainte des évacuations de la part des usagers est relative à l'appréhension des dépenses (transport, achat des médicaments, etc.). Corrélativement, depuis que le bloc opératoire est fonctionnel et que le système de partage fonctionne, les maternités périphériques n'évacuent plus les femmes vers le CHNYO. Enfin, de l'avis de certains soignants, depuis l'information donnée aux usagers sur les conditions de participation au système de partage des coûts entraîne de plus en plus de femmes à aller aux consultations prénatales. Les opinions des soignants sur le projet AQUASOU tendent souvent à réduire l'ensemble du projet à une seule de ces activités. Tant et si bien que de nombreux prestataires s'inquiètent de la pérennité du système de partage des coûts. Les montants trimestriels des COGES pour le système de partage des coûts sont jugés parfois trop élevés par rapport aux nombres d'évacuations pour deux raisons principales :

-le nombre de femmes évacuées dans le cours de l'année est nettement inférieur au nombre d'évacuations obstétricales qui étaient attendues (c'est le cas de Tansablogo et de Tanlarghin)

-les évacuations se font vers un autre CMA. C'est le cas de Tampouy et de Kalzi qui évacuent vers le CMA de Saponé plus proche que le CMA du secteur 30.

Le point des audits a également été abordé par certains soignants qui y ont participé. Selon eux, ils permettent de « se recycler à travers les critiques » et « d'accélérer les prises de décision des évacuations ». En revanche, les synthèses d'entretiens réalisés avec les femmes et rapportées pendant les séances d'audits ne sont pas bien perçues par les soignants.

Quant aux rencontres entre usagers et prestataires, de l'avis de soignants, elles ont entraîné un « changement de comportement » de leur part ainsi que chez les usagers.

Il est délicat d'attribuer pour l'instant un quelconque changement dans l'organisation du système de soins et dans les relations entre prestataires et soignants à la seule intervention d'un programme. De fait, les activités réalisées sont tributaires des contraintes d'ordre technique et organisationnelle : l'inégale

répartition du matériel et du personnel. En outre, les rapports entre les personnels d'une même structure sont encore marqués par un déficit de communication.

Synthèse annuelle des activités

Depuis le début du projet un rapport a été réalisé après chaque mission des institutions d'appui et après chaque temps fort du projet (comité de concertation et de coordination, atelier technique). Un rapport annuel a été fait à la fin de la première et de la deuxième année, celui-ci est le rapport final.

5.3.2 Améliorer l'utilisation de l'information sanitaire au niveau du district

Objectifs opérationnels :
- *renforcer les capacités du CISSE (Cellule d'informations sanitaires et de surveillance épidémiologique)*

Formation du responsable CISSE

Dans le cadre du projet AQUASOU, M. David Bazié responsable CISSE a bénéficié d'une inscription au Diplôme d'épidémiologie et de méthodes statistiques de l'Université de Bordeaux (ISPED). Il a donc suivi les cours par correspondance (devoirs envoyés via Internet). Il n'a pas pu rendre trois devoirs (charge de travail élevée au district) et son diplôme n'a malheureusement pas été validé. Il juge cependant que les matières enseignées lui sont profitables et qu'il a pu acquérir de nouvelles connaissances.

Poste de recherche opérationnelle en santé de la reproduction

Mme Fanta Zerbo, attachée de santé en soins infirmiers et obstétricaux, avait été nommée fin 2004 au district du secteur 30 afin de contribuer à la création d'une unité de recherche opérationnelle au sein de la maternité. Elle a bénéficié de la guidance scientifique de Fabienne Richard et les espoirs étaient portés sur elle pour la continuité des activités de recherche à la fin du projet. Malheureusement elle a quitté le service en juillet 2005 pour le CHU-YO. Une nouvelle personne a été nommée à ce poste par la Direction Régionale en janvier 2006 qui vient également d'abandonner son poste… Ceci est une grosse déception et il a donc été décidé de procéder à un roulement de sages-femmes volontaires du service pour assurer le travail de suivi des statistiques et de la recherche (étude BONC). Le poste est actuellement occupé par Mme Rita Zongo, une sage-femme ayant suivi le cours CIFRA.

5.3.3 Assurer une concertation et une coordination entre les différents acteurs

Objectifs opérationnels :
- *Organiser des réunions régulières du CCC*

Tenue du Comité de Concertation et de Coordination (CCC)

Suite à la première réunion de consensus de mai 2003, le CCC a tenu sa deuxième séance le 11 septembre 2004 et a connu une forte participation (50 personnes). Cela a permis aux différentes institutions d'appui de partager les premiers résultats à mi-parcours et de discuter des grandes orientations pour l'année 2005.

Mise en place de Réseaux Opérationnels de Mise en Œuvre (ROMEO)

Les ROMEO se sont mis en place au fur et à mesure des missions et du démarrage des activités sur le terrain :
- ROMEO 1 : Qualité technique des soins
- ROMEO 2 : Organisation du système de référence/évacuation
- ROMEO 3 : Partage des coûts
- ROMEO 4 : Interactions usagers-prestataires
- ROMEO 5 : Mobilisation politique

Ces réseaux rassemblent tous les acteurs et représentants des organismes qui sont impliqués dans la mise en œuvre des activités concrètes du programme. Ces réseaux informels sont constitués autours des grands axes d'intervention, par spécialités (cf. figure 1)

5.3.4 Mobiliser les autorités sanitaires et les politiques autour de la maternité à moindre risque

Objectifs opérationnels :
- *au niveau local : impliquer les leaders dans le projet, mobiliser les collectivités locales pour leur participation financière au partage des coûts*
- *au niveau national : créer une cellule de veille de la mortalité maternelle, organiser un temps fort AQUASOU au moment du sommet de la Francophonie à Ouagadougou en novembre 2004*

Mobilisation des acteurs locaux

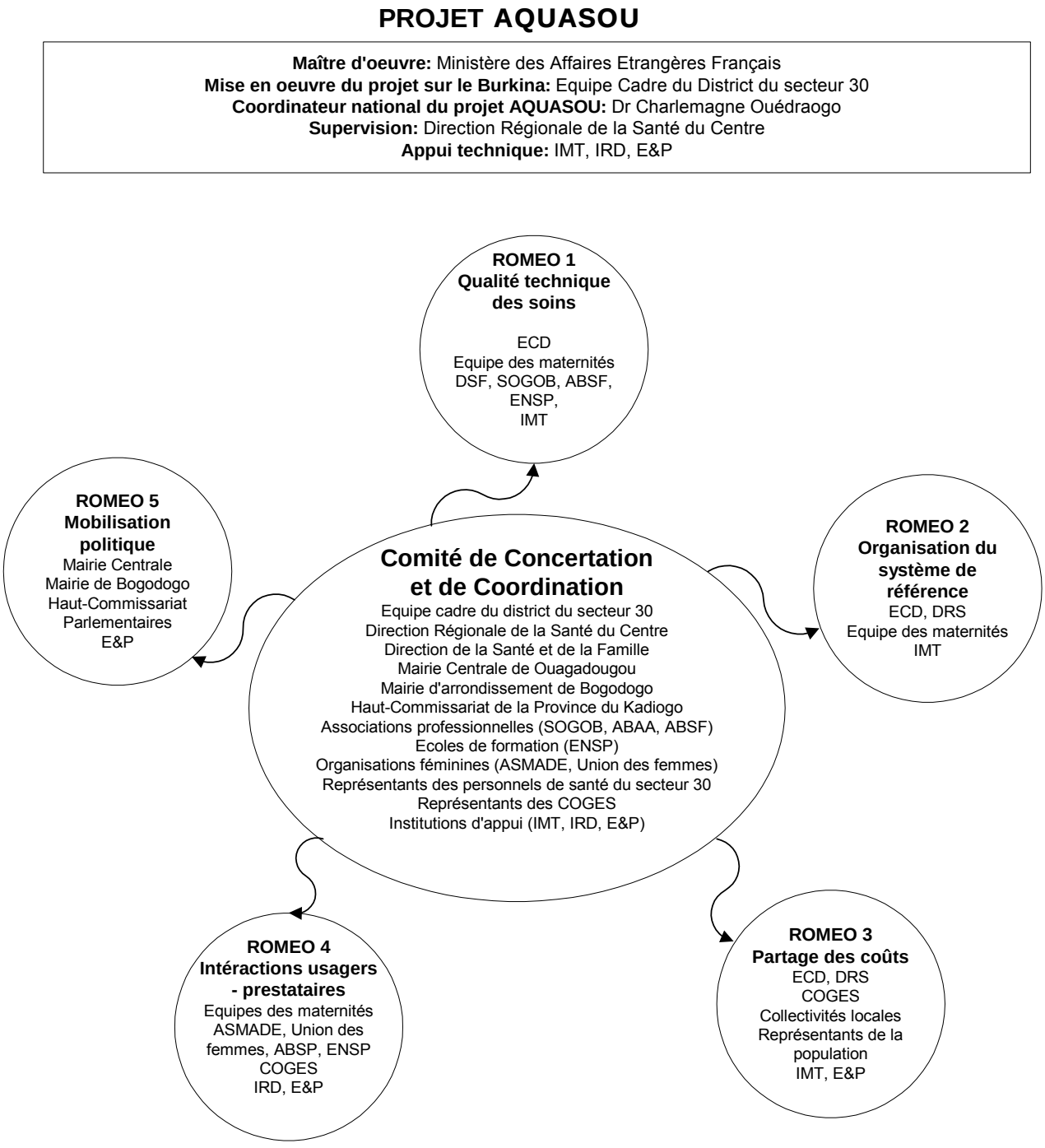
E&P a entretenu tout au long du projet des contacts réguliers avec les collectivités locales et les autorités déconcentrées impliquées dans le partage des coûts. Tous ces acteurs identifiés (Mairie de Ouagadougou, Mairie d'arrondissement de Bogodogo, préfectures et Haut Commissariat) ont effectivement contribué financièrement au partage des coûts. Ils sont tous représentés dans le Comité de concertation et de coordination qui s'est réuni régulièrement ainsi que le comité de suivi du système de partage des coûts. En tant que contributeurs, ils veillent et veilleront à la bonne utilisation de leurs fonds et au bon fonctionnement du système.

Cellule de veille de la mortalité maternelle

Il faut également noter que le comité national de suivi de la Vision 2010[6] a été officiellement installé le 16 novembre 2004. Ce comité, qui comporte 42 membres en plus du présidium (Présidente d'honneur, la première dame du Burkina Faso; Président, le ministre de la santé) est chargé de suivre régulièrement la mise en œuvre des programmes et stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale ainsi que les recommandations issues des rencontres nationales et internationales y afférentes, faire des suggestions en vue du renforcement des différentes interventions pour réduire la mortalité maternelle et néonatale et d'assurer le suivi des activités de plaidoyer de la première dame en faveur de la réduction de la mortalité maternelle. Ce comité se réunit tous les semestres.

[6] *L'installation du comité répond aux engagements pris lors du forum Vision 2010 de Bamako des 7 et 8 mai 2001 qui avait réuni 14 pays et 8 premières dames en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle. Les premières dames avaient alors pris l'engagement dans une déclaration dite de Bamako de s'impliquer dans le système de prise en charge de la santé maternelle et de plaider l'affectation de ressources nécessaires aux soins obstétricaux d'urgence.*

Figure 1 : Organigramme général du projet AQUASOU au Burkina



ROMEO: Réseau opérationnel de mise en oeuvre

Dans ce contexte, une cellule de veille n'était pas nécessaire. Mais l'année 2005 a été mise à profit pour envisager avec les collectivités locales et éventuellement d'autres autorités (parlementaires) et des représentants de la population, la structure la plus adéquate pour pérenniser les acquis et poursuivre la mobilisation pour la santé maternelle.

L'engagement financier pluriannuel des autorités, ainsi que leur volonté d'étendre progressivement ce système à l'ensemble de Ouagadougou témoignent d'un engagement déterminé et durable de ces acteurs, engagement rendu public à l'occasion des élections municipales de 2006.

D'autre part, depuis 2006, les parlementaires s'organisent pour que le Xème FED, en cours de négociation, intègre la santé maternelle en bonne position.

Le **Sommet de la Francophonie** organisé en novembre à Ouagadougou a été l'occasion, pour E&P d'initier et de préparer plusieurs évènements autour de la maternité à moindre risque et d'interpeler autorités politiques, bailleurs de fonds et scientifiques.

Organisation d'une conférence de presse le 25 novembre à l'occasion de la "Journée internationale contre la violence à l'égard des femmes" [7]

L'objectif de cette conférence était de rappeler qu'il n'y aura pas de développement durable sans les femmes mais surtout que celles-ci seront bien en peine de tenir leur rôle tant que leurs droits les plus élémentaires ne seront pas respectés, notamment celui d'accoucher dans des bonnes conditions. Cette conférence a été organisée sous le haut patronage de la Première dame, Chantal Compaoré, en présence du ministre de l'Action sociale et de la Solidarité, Mme Lamizana et de Viviane Compaoré, députée, présidente du réseau "Femmes" de l'Assemblée parlementaire de la Francophonie.

Un représentant d'E&P a introduit la journée, la thématique et rappelé la volonté de passer un message fort aux chefs d'Etat avant l'ouverture du Sommet (dont le thème était « Francophonie, un espace solidaire pour un développement durable »), Mme Lamizana a exposé la situation au Burkina Faso, alors que Viviane Compaoré a présenté les efforts de son réseau pour promouvoir la CEDEF au sein de l'espace francophone. Douze journalistes (presse, radio, télévision) ont assuré une bonne diffusion des messages

Visite de Xavier Darcos, ministre délégué français à la coopération, sur le site AQUASOU [8]

Cette visite avait été préparée avec le cabinet de P.A Wiltzer, puis celui de X. Darcos depuis le début de l'année. L'objectif était de sensibiliser le ministre délégué à la lutte contre la mortalité maternelle et l'informer plus particulièrement de l'exemple AQUASOU au BF, modèle garantissant le bon usage de l'aide et concourant à la réalisation de l'OMD n°5.

Malgré un emploi du temps chargé, la visite du CMA et la rencontre entre Xavier Darcos et les acteurs et bénéficiaires du projet a pu avoir lieu le 25 novembre 2004.

Le bilan est positif, le Ministre a été sensibilisé à la lutte contre la mortalité maternelle en général et à AQUASOU en particulier dont il a apprécié l'approche et l'implication forte des acteurs burkinabé, les partenaires et acteurs locaux qui s'étaient particulièrement mobilisés pour cet événement ont été flattés. Les trois journalistes présents ont relayé l'information.

[7] *Lettre d'information d'E&P n° 92 – novembre-décembre 2004*
[8] *Référence sus citée*

Cette visite est une étape pour poursuivre un plaidoyer efficace auprès du Ministère des Affaires Etrangères français afin que la santé des femmes et la santé génésique reste pour lui une priorité dans sa politique de développement.

Visite du député M. Pierre Morange

Pierre Morange, député en mission auprès du Premier ministre pour évaluer l'APD française en matière de santé, s'est rendu au Burkina les 6 et 7 décembre 2004. Il est membre du groupe d'études "Population et Développement" avec lequel E&P travaille étroitement à l'Assemblée nationale. Sur les conseils d'E&P, il a visité le CMA du secteur 30 et discuté avec les acteurs de terrain (personnels de l'hôpital) et les partenaires du projet AQUASOU. Le Dr Ouédraogo Charlemagne a été invité au déjeuner chez l'ambassadeur avec le député pour présenter le projet et débattre des stratégies choisies. Les bonnes pratiques du programme AQUASOU à Ouagadougou ont été reprises dans le rapport final de Pierre Morange.

Visite du Ministre de la santé burkinabé, M. Alain Yoda

Le Ministre de la Santé et ses partenaires techniques et financiers ont visité le CMA du secteur 30 le 28 décembre 2004. Cela a été l'occasion de visiter la maternité et le bloc opératoire. Le Dr Ouédraogo Charlemagne a pu à cette occasion devant la télévision nationale présenter le projet de partage des coûts en français et en mooré. D'autres conférences de presse ont été organisées en 2005 et 2006 pour informer la population des services désormais offerts au CMA et des modalités du partage des coûts.

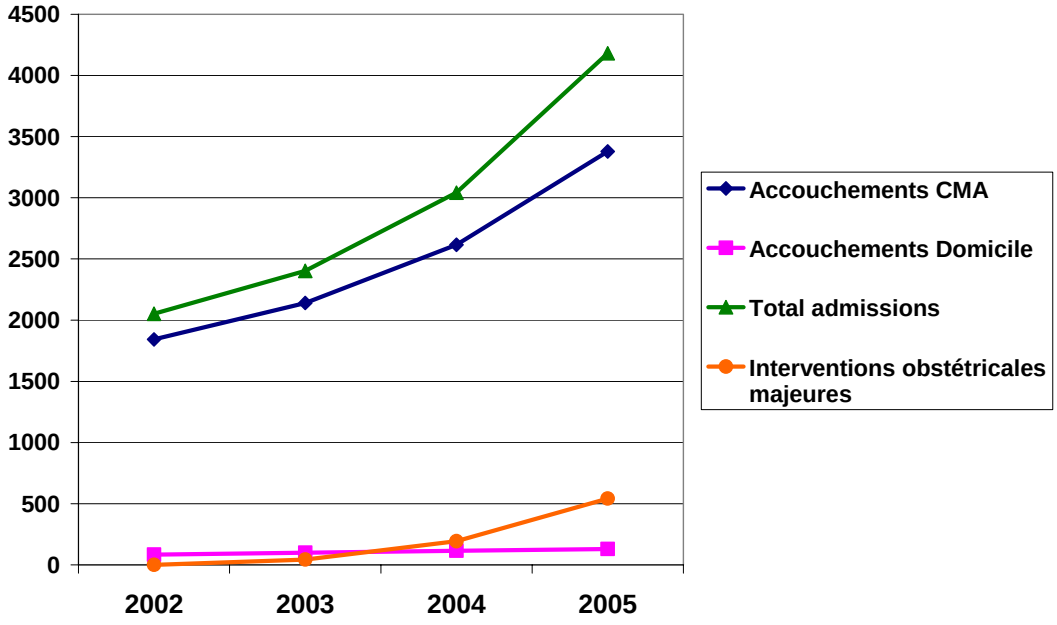
6. Résultats

6.1 Activités du CMA

Le tableau en annexe 3 reprend les rapports d'activités des quatre dernières années (de 2002 à 2005).

Le nombre d'accouchements enregistrés à la maternité du CMA est en augmentation constante (+ 82,3 % en 4 ans soit + 1584 accouchements) (Figure2). L'activité opératoire est en pleine expansion. Le bloc opératoire a été ouvert le 1er août 2003 (42 césariennes en 2003) avec un fonctionnement partiel (du lundi au vendredi de 8h à 17h). Ce n'est qu'à partir du 1er octobre 2004, que le système de garde 24h/24 a pu être institué. L'année 2005 représente donc la première année complète de SONU en 24h/24.

Figure 2: Evolution des admissions, accouchements et interventions obstétricales majeures au CMA du secteur 30 de 2002 à 2005.



Les différents indicateurs de mortalité (tableau 1) sont en augmentation, ceci peut s'expliquer par le fait que le CMA devient un centre de référence à part entière et prend en charge plus de pathologies qui avant étaient référées directement au CHU-YO. Il est donc difficile pour l'instant d'évaluer la qualité des soins à partir de ces indicateurs. La comparaison entre 2005 et 2006 (deux années identiques en termes de fréquentation et de services offerts) nous permettra mieux de comparer et d'interpréter ces indicateurs.

Tableau 1 : Mortalité maternelle et périnatale, CMA secteur 30, 2002-2005

Indicateurs	2002	2003	2004	2005
Mortinatalité (nombre de mort-nés / 1.000 naissances)	25,5 ‰ (49/1925)	24,6 ‰ (55/2240)	31,9 ‰ (87/2731)	46,7 ‰ (164/3509)
% mort-nés frais	49%	49%	38%	51%
Mortalité néonatale immédiate (nombre de morts néonatales <24h /1.000 naissances vivantes)	4,3 ‰ (8/1876)	3,7 ‰ (8/2185)	4,9 ‰ (13/2644)	9,9 ‰ (33/3345)
Mortalité périnatale immédiate (nombre de mort-nés et de morts néonatales / 1.000 naissances)	29,6 ‰ (54/1925)	28,1 ‰ (63/2240)	36,6 ‰ (100/2731)	56,1 ‰ (197/3509)
Mortalité maternelle intra-hospitalière (nombre de morts maternelles/100.000 naissances vivantes)	0 (0/1876)	45,8 pour cent mille (1/2185)	113,5 pour cent mille (3/2644)	448,4 pour cent mille (15/3345)

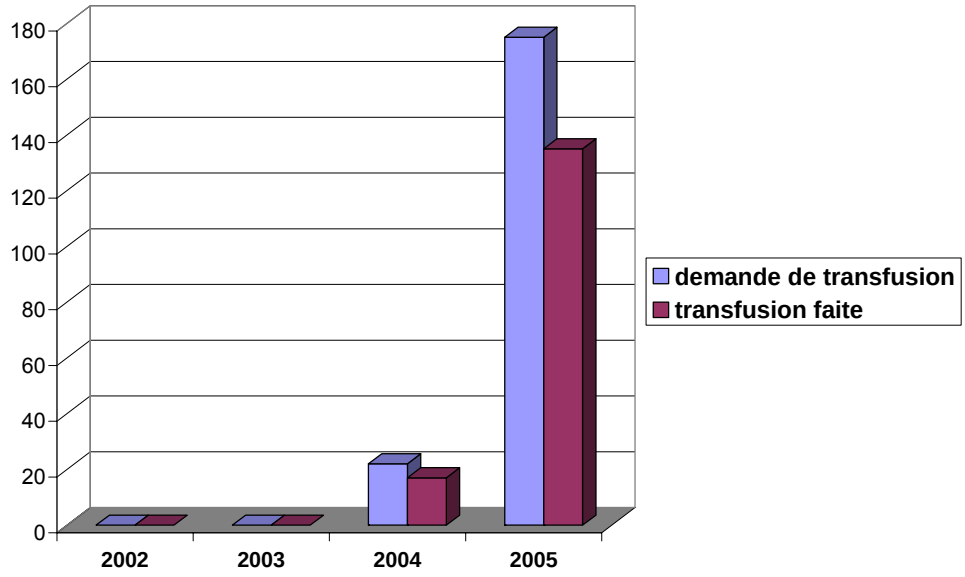
Tableau 2 : Soins obstétricaux essentiels, CMA secteur 30, 2002-2005

Indicateurs	2002	2003	2004	2005
Taux brut de césariennes (nombre de césarienne/ 100 naissances)	0 % (0/1925)	1,9 % (42/2240)	6,8 % (187/2731)	14,6 % (511/3509)
Taux de césarienne pour indications maternelles	0 % (0/1925)	1,2 % (27/2240)	4,5 % (122/2731)	10,1 % (354/3509
Taux d'extractions instrumentales (nombre de ventouses et forceps /100 naissances)	0 % (0/1925)	0,04 % (1/2240)	0,3 % (8/2731)	2,45 % (86/3509)
Taux de révisions utérines (nombre de révisions utérines / 100 naissances)	% (/1925)	5,5 % (123/2240)	4,2 % (114/2731)	6,3 % (221/3509)
Taux de délivrance artificielle (nombre de délivrance artificielle / 100 naissances)	% (/1925)	2,3 % (52/2240)	1 % (27/2731)	2,4 % (86/3509)
Pourcentage de femmes transfusées (nombre de transfusion/ 100 naissances)	0 %	0%*	0,6 % (17/2731)	3,8 % (135/3509)
Pourcentage de réanimation néonatale (nombre de réanimation /100 naissances vivantes)	% (/1876)	2 % (45/2185)	4,1 % (108/2644)	7,7 % (257/3345)

** en 2002 et 2003, les femmes nécessitant une transfusion étaient évacuées directement vers le CHU Yalgado Ouédraogo.*

Le tableau 2 reprend les taux de réalisation des soins obstétricaux essentiels. Avec 511 césariennes enregistrées en fin d'année 2005 l'activité chirurgicale a été multipliée par 2,7 par rapport à 2004. Ceci peut s'expliquer par la mise en place de la garde en 24h/24 et l'introduction du système de partage des coûts. Le taux d'extraction instrumentale a également augmenté de 0,3% en 2004 à 2,45% en 2005, les sages-femmes s'étant au fur et à mesure approprié la technique (la ventouse a été introduite en 2004 par le projet AQUASOU). Les transfusions sanguines ont également augmenté passant de 0,6% à 3,8% des naissances, grâce à l'organisation d'une banque de sang au niveau du CMA, même si des problèmes réapprovisionnement se posent et ne permettent pas de couvrir les besoins à 100% (cf. figure 3). L'augmentation des Soins obstétricaux d'Urgence s'est aussi accompagnée d'une augmentation des Soins Néonatals d'Urgence avec une augmentation des réanimations néonatales de 2% en 2004 à 7,7% en 2005. Ceci peut s'expliquer à la fois par l'acquisition de la technique de réanimation par les sages-femmes suite aux formations SONU mais également par l'augmentation d'admissions pour accouchements compliqués.

Figure 3: évolution des transfusions au CMA du secteur 30 de 2002 à 2005

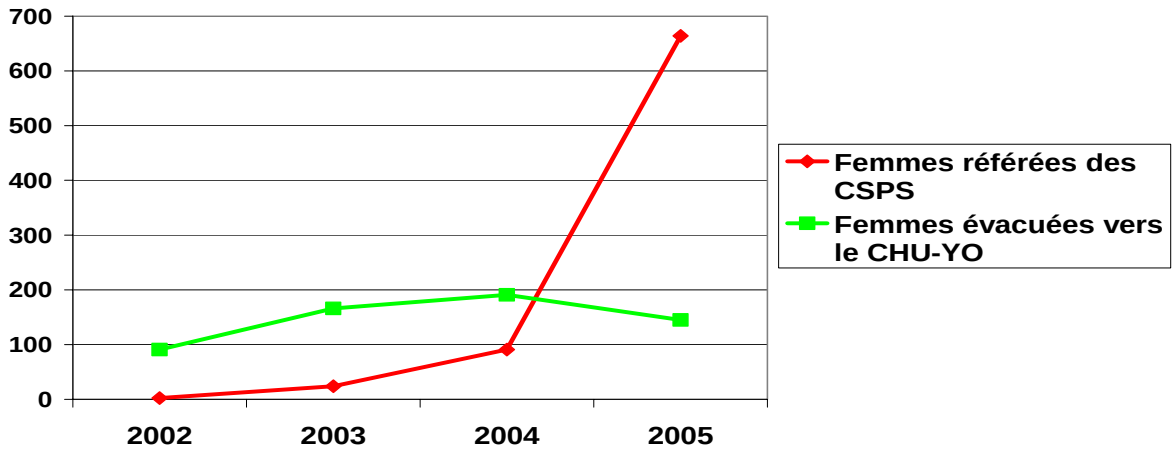


Quant au système de référence/contre-référence, on peut dire que le CMA a rempli en 2005 son rôle d'hôpital de référence comme en témoigne l'augmentation des évacuations des CSPS vers le CMA (tableau 3, figure 4). Auparavant la majorité des cas compliqués étaient référés directement vers le CNHU-YO. On peut noter le bon taux de contre-référence, 98% des cas référés ont été enregistrés en 2005 au niveau du service de suites de couches et du post-opéré et ont pu bénéficier d'un feed-back vers la structure qui a référé (CSPS d'Etat ou maternité privée).

Tableau 3 : Référence et contre-référence 2002-2005

Indicateurs	2002	2003	2004	2005
Nombre de femmes évacuées des CSPS vers le CMA	2	24	91	683
Taux de référence (nombre de femmes référées des CSPS/ nombre de femmes admises au CMA)	0,1 % (2/2053)	1 % (24/2403)	3 % (91/3042)	16 % (683/4182)
Nombre de décès parmi les femmes évacuées des CSPS	0	0	1 CMA	10 CMA 4 CHU
Nombre de femmes évacuées du CMA vers le CHU-YO	91	166	191	146
Nombre de contre-référence* renvoyées du CMA vers les CSPS	_	_	85 93 % (85/91)	668 98 % (668/683)

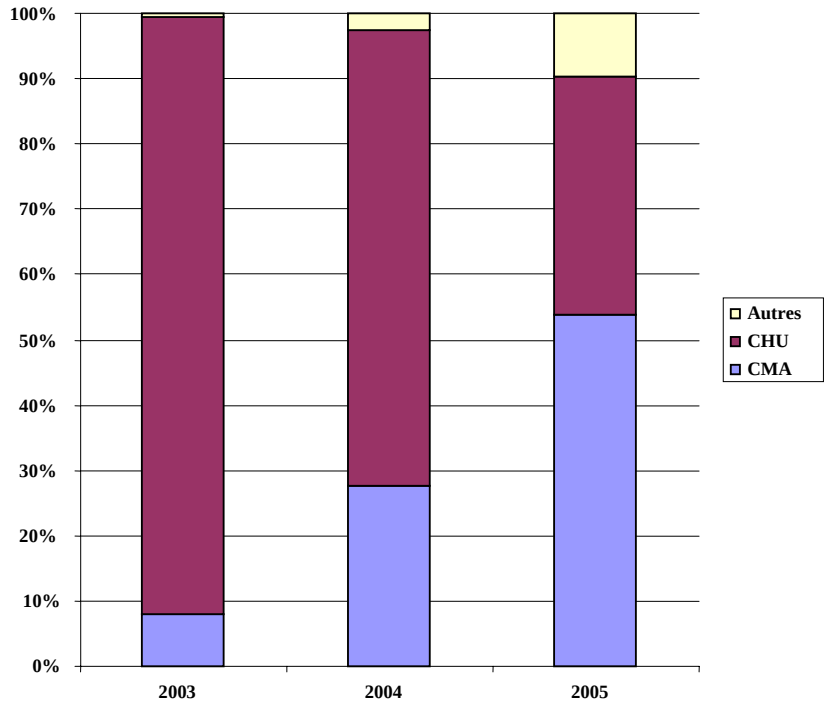
Figure 4 : Evolution des références/évacuations au CMA du secteur 30 de 2002 à 2005



6.2 Etudes BONC

Les études BONC réalisées au cours des 3 ans du projet ont permis de nous donner une image de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes du district.
Les interventions obstétricales majeures des femmes vivant dans le district sanitaire du secteur 30 (toutes structures confondues) ont augmenté entre 2003 (1,93%) et 2005 (3,56%). Le CMA a progressivement pris sa place en tant qu'hôpital de référence du district réalisant, en 2005, 54% des IOM des femmes du district comparé au 8% de 2003 (Figure 5).

Figure 5 : répartition par hôpital des Interventions Obstétricales Majeures pour les femmes résidant dans le district sanitaire du secteur 30 de 2003 à 2005



Cette augmentation du taux des IOM indique une meilleure couverture des besoins obstétricaux : les indications maternelles absolues (IMA)[9] ont suivi la même tendance : de 0.75% à 1.42% (Figures 6 et 7). On doit cependant noter que, même si les IOM ont augmenté à la fois en milieu urbain et rural, le taux urbain en 2005 était 6 fois plus élevé (4,5%) qu'en milieu rural (0,85%).

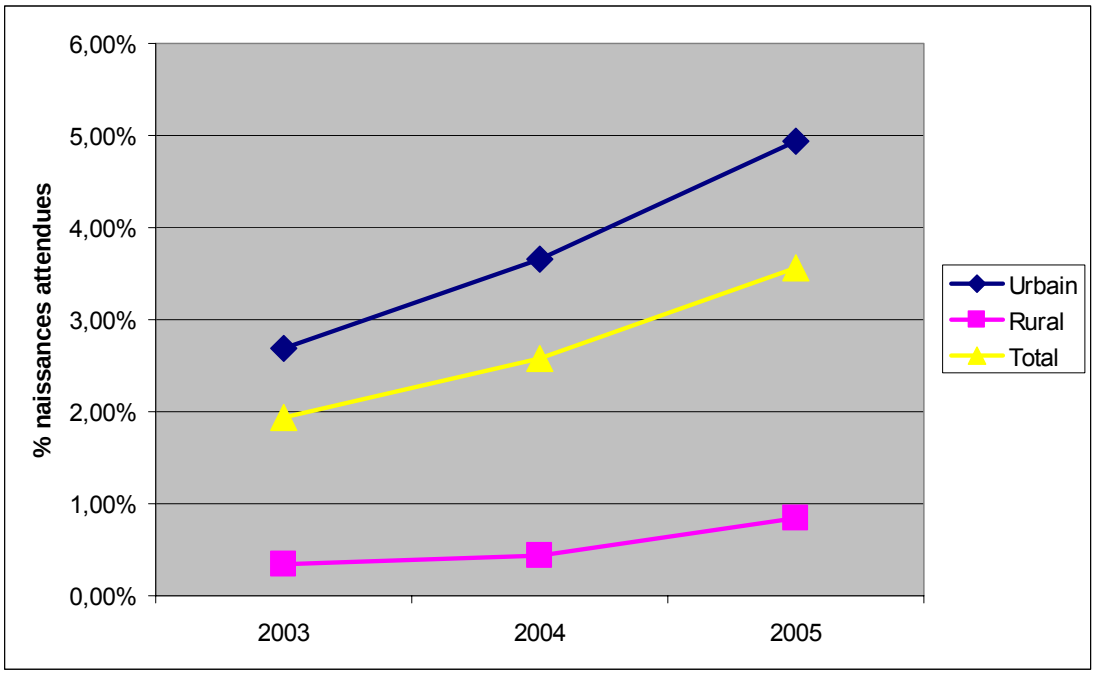
[9] *Les Indications Maternelles Absolues (IMA) sont les complications pour lesquelles une Intervention Obstétricale Majeure (MOI) est nécessaire pour sauver la vie de la mère. Cela comprend: L'hémorragie sévère en ante partum et post-partum, les disproportions foeto-pelviennes, les présentations transverses et du front. Les IOM sont les césariennes, les laparotomies pour suture d'une rupture utérine, les hystérectomies, les versions internes (en cas de position transverse), les craniotomies ou embryotomies, les symphyséotomies (Unmet Need for Major Obstetric Interventions Network, http://www.uonn.org)*

Ce faible taux en milieu rural a été l'objet de nombreuses discussions au sein du comité de suivi du partage des coûts et plusieurs explications ont été avancées dont :

- surestimation de la population en milieu rural (selon les préfets des trois départements). Les données de population sont en effet des projections du recensement de 1996, or il y a eu beaucoup de mouvements de population depuis. Les flux migratoires rural-urbain sont difficilement quantifiables et ont une variabilité saisonnière.
- Déplacement des femmes au cours de la grossesse pour se rapprocher de l'hôpital en fin de grossesse ou coutume chez les Mossi qui prescrit à la jeune fille enceinte non mariée d'aller chez sa belle-famille. Ces femmes se sont déclarées ensuite de l'arrondissement urbain de Bogodogo et non de leur département rural d'origine.
- Peur de la césarienne chez les femmes du milieu rural qui préfèrent éviter d'aller au CMA de peur d'être opérées.
- Manque d'information sur le système de partage des coûts (les entretiens réalisés auprès des familles montrent en effet que peu de gens sont au courant du système avant leur hospitalisation malgré les campagnes d'information menées)

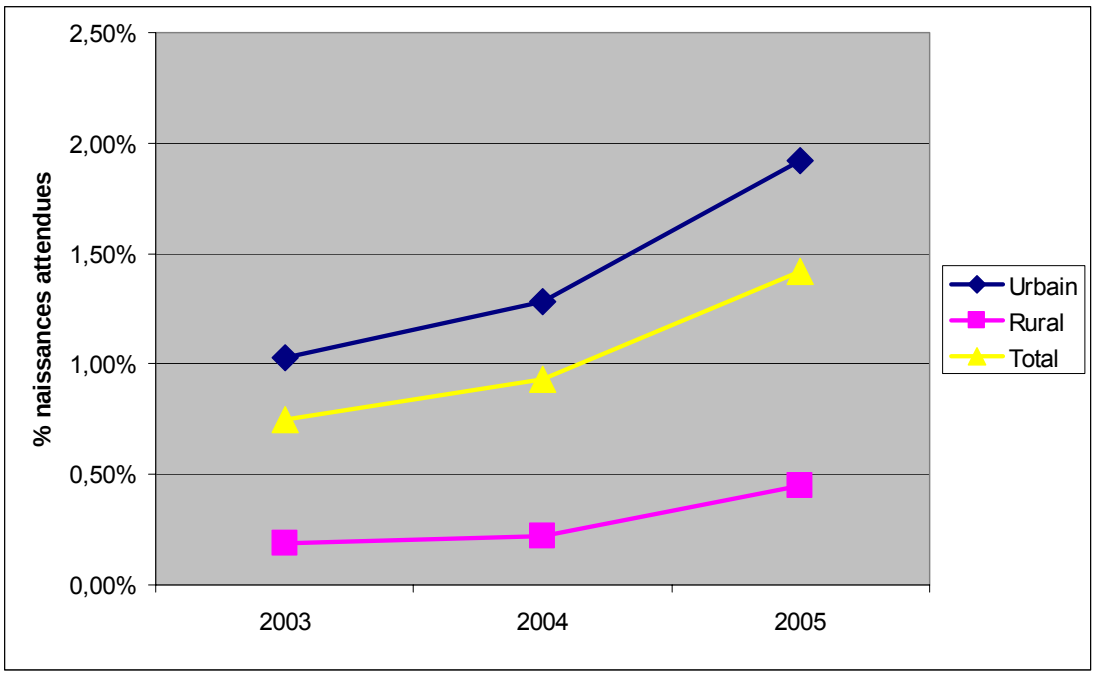
Une meilleure connaissance de la population du milieu urbain serait également souhaitable pour mieux apprécier les résultats du système de partage des coûts. En ville, la pauvreté et la richesse se côtoient et le nom du secteur de résidence (secteurs 14, 15, 28, 29, 30) n'est pas suffisant pour faire la différence. Ajouter la précision 'quartier loti' ou 'non loti' pourrait servir d'une première catégorisation du niveau de vie des patientes. Cette classification du niveau de pauvreté en fonction du type d'habitat a déjà été étudiée et testée par Kobiané de l'INSD [10].

Figure 6 : Evolution des IOM pour les femmes du district du secteur 30 (toutes structures confondues) de 2003 à 2005



[10] Kobiané JF (1998) Essai de construction d'un profil de pauvreté des ménages à Ouagadougou à partir des caractéristiques de l'habitat dans Gendreau F, ed, Crises et Pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud. AUPELF-UREF Editions ESTEM, Paris, p117-131.

Figure 7 : Evolution des IOM pour IMA pour les femmes du district du secteur 30 (toutes structures confondues) de 2003 à 2005.



La mortalité maternelle intra-hospitalière (pour les femmes du district sanitaire du secteur 30, toutes structures confondues) est restée stable : 18 cas en 2004 pour 20 cas en 2005. Nous avons observé un transfert des décès maternels du CHU-YO vers le CMA, le nombre de décès étant proportionnel à l'augmentation des complications reçues au CMA. Par contre il est important d'observer qu'en 2005 aucun décès imputable à une absence ou un retard à la césarienne n'a été enregistré, ce qui témoigne du meilleur accès à la césarienne. Les femmes sont décédées de pathologies nécessitant une prise en charge médicale et non chirurgicale : anémie décompensée à 6 ou 7 mois de grossesse (admission avec taux d'hémoglobine à 1,8g-2g et décès rapide avant la transfusion), suites d'avortement provoqué,… Les données sur la mortalité extra-hospitalière restent difficiles à obtenir et la recherche et l'enregistrement des décès en communauté devrait être la priorité pour l'année future.

L'étude BONC a permis par contre de montrer une diminution significative de la mortalité périnatale (mort-nés et morts néonatales immédiates <12h) pour les enfants nés par césariennes de 8.1% (2003) à 3.4% (2005).

6.3 Qualité des soins

6.3.1 Critères de qualité

Depuis juillet 2003 (introduction de la grille de suivi des critères de qualité par le projet AQUASOU), la coordinatrice de la maternité tire au sort 30 dossiers. Les résultats sont présentés sous forme de polygones de qualité. Le suivi régulier des critères de qualité dans le suivi de la femme en travail et dans le post-partum a permis de montrer une amélioration de la prise en charge.

Nous présentons ici avec les figures 8, 9 et 10, les polygones de qualité pour le 2ème trimestre des années 2003, 2004 et 2005. Chaque étape (examen d'entrée, phase active,...) se décompose en plusieurs items qui sont mesurés (absent/présent) à l'aide de la grille de critères (cf. annexe 4).

Figure 8. Critères de qualité de la surveillance de l'accouchement et du post-partum, 2ème trimestre 2003, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou

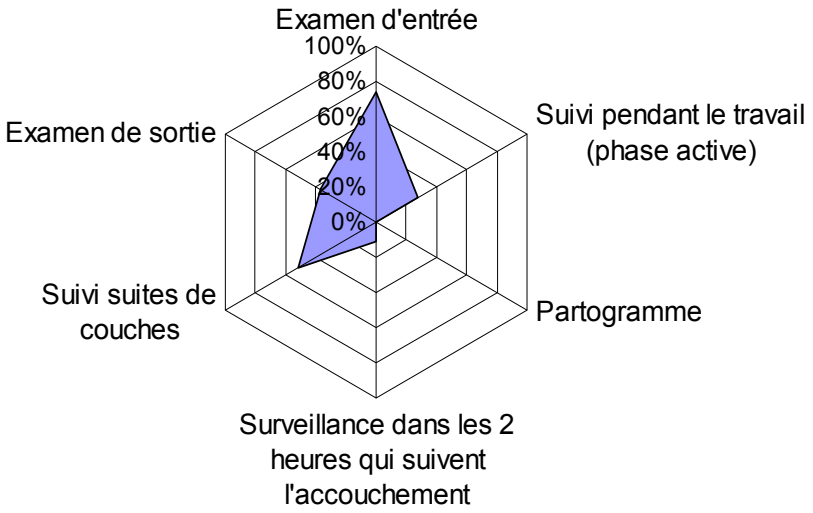


Figure 9. Critères de qualité du suivi de la phase active, deuxième trimestre 2004, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou

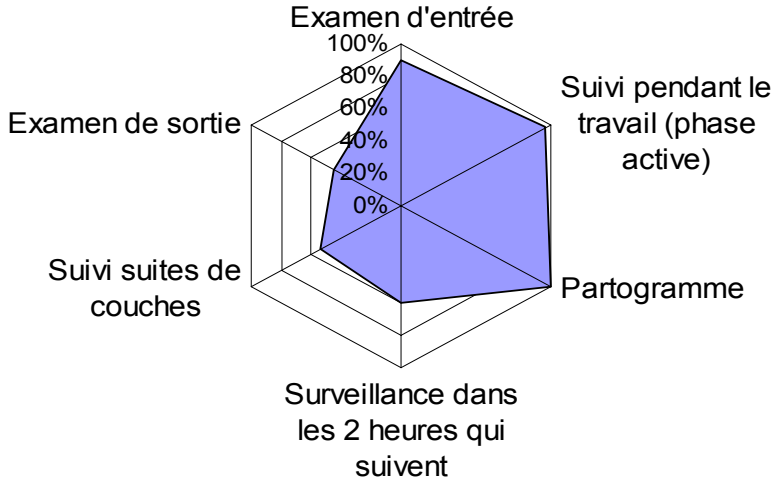
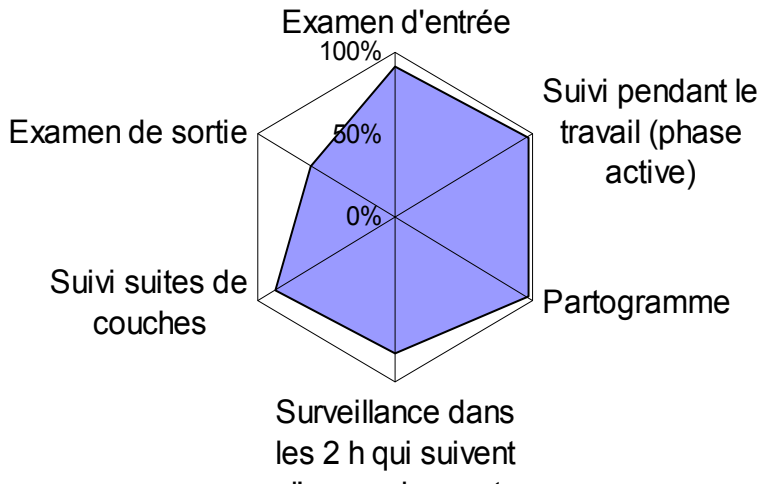


Figure 10. Critères de qualité du suivi de la phase active, deuxième trimestre 2005, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou



En plus de l'activité régulière de la coordinatrice de la maternité (30 dossiers par trimestre), Mme Fanta Zerbo, sage-femme, dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du titre d'attachée santé SESSIO, a réalisé une étude sur 9 mois entre août 2003 et mars 2004. Elle a tiré au sort 90 dossiers par trimestre (pour augmenter la puissance statistique) et a analysé les dossiers à partir de la grille de critères de qualité du suivi de la patiente, élaborée par le projet AQUASOU. Les améliorations notées au niveau du suivi de la parturiente étaient statistiquement significatives ($p<0,05$).

6.3.2 Revues de cas

Plusieurs outils ont été mis en place pour évaluer le processus des audits et leurs éventuels résultats: liste de présence aux séances, fiche de synthèse de cas, cahier de suivi des recommandations. Une enquête qualitative a été menée au CMA du secteur 30 du 10 au 16 juin 2005 auprès de 35 membres du personnel (entretiens et questionnaires) afin de connaître leurs perceptions des audits. En voici les principaux résultats :

De février 2004 à juin 2005 (période étudiée), 16 séances ont été tenues au CMA du secteur 30 avec une participation moyenne de 17 personnes dont 2 à 3 personnes impliquées dans la prise en charge du cas. Cependant le '*turn over*' est important et seul un groupe de 7 sages-femmes sur les 17 en poste actuellement y assistait régulièrement. Les dysfonctionnements observés ont été attribués à des pratiques des personnels (négligence, manque de rigueur), des problèmes d'équipement (absence ou problème de maintenance), de médicaments et de consommables (disponibilité de produits d'urgence), de protocoles (absence puis non respect), d'organisation du service (transmission des informations entre les équipes, régularité des visites des médecins en hospitalisation), de communication (au sein de l'équipe, avec les patientes) et à des facteurs liés à la famille (attitudes des accompagnants, pauvreté). Quatre-vingt deux pour cent des recommandations proposées lors des séances ont été mises en œuvre, mais après parfois plusieurs mois de délai (cf. annexe 5). Le personnel de santé interrogé a une bonne connaissance du but de l'audit et classe l'audit comme le premier facteur de changement dans sa pratique, comparé aux staffs, aux formations et aux gui-

des cliniques. Cependant les prestataires de soins déplorent la mauvaise communication interpersonnelle pendant les séances, le manque d'anonymat lors de la présentation des cas et la difficulté des prestataires à se remettre en cause.

Au moment où on parle d'étendre l'expérience des audits obstétricaux dans les hôpitaux du Burkina Faso, il est important d'analyser les expériences déjà menées dans le pays pour mieux comprendre leurs conditions d'implantation car l'intégration des audits se heurte d'abord à un problème de ressources (équipement, médicaments) puis à un problème de motivation du personnel et à une difficulté pour les soignants d'être évalués par des pairs et/ou par des usagers.

6.3.3 Effets du système de partage des coûts sur la qualité des soins chirurgicaux

Rationalisation des soins

La mise en place du système de partage des coûts a eu un effet sur la rationalisation des soins. Tous les gynécologues intervenant au CMA ont du se mettre d'accord sur le contenu d'un kit opératoire qui contient essentiellement des produits génériques délivrés par la CAMEG. La technique opératoire de la césarienne israélienne a été promue au sein des opérateurs ainsi que les protocoles de soins post-opératoires (ablation de la sonde urinaire à J1, lever et alimentation précoce,…). La mise en place de fiche individuelle de prescription a permis aussi de contrôler au plus près les prescriptions et de réduire les coûts des soins post-opératoires. Cette fiche est ouverte pour chaque femme opérée, on y note tous les examens réalisés, les médicaments délivrés et actes opératoires exécutés. C'est cette fiche qui permet la délivrance des médicaments au dépôt pharmaceutique du CMA, il n'y a plus d'ordonnances données directement à la famille (sauf comme décrit plus haut en cas de ruptures de stock). Cette fiche permet également de suivre au plus près les coûts réels de la prise en charge d'une césarienne (toutes les fiches sont saisies à la sortie de la patiente sur fichier Excel). Une augmentation du coût des soins post-opératoires par exemple donne lieu à une analyse des prescriptions et une réunion de concertation avec l'équipe infirmière du service post-opéré.

Qualité des soins chirurgicaux

Sur les 536 interventions obstétricales majeures, il y a eu 3 décès per ou post-opératoires et 5 reprises de paroi pour lâchage de suture, une reprise pour hémorragie post-opératoire à J0 et 5 suites opératoires compliquées d'endométrite et/ou de suppuration de paroi (dont 3 ont nécessité une ré-hospitalisation). Ces chiffres relativement bas dans le contexte burkinabé témoignent d'une bonne maîtrise de la technique opératoire et de la prise en charge post-opératoire.

6.3.4 Perception des usagers

En février 2004, les anthropologues ont organisé plusieurs réunions avec des groupes de femmes. Ces rencontres ont été réalisées avec des femmes qui consultent dans quatre maternités urbaines (CMA du secteur 30, centre médical de st Camille, secteur 28, secteur 15) et dans une maternité située en milieu rural (la maternité de Koubri) :

- les femmes qui consultent la maternité du secteur 30 (15 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité du secteur 28 (13 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité du secteur 15 (09 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité de st Camille (11 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité de Koubri (15 femmes)

Les discussions ont eu lieu en dehors des centres de santé et les groupes de femmes comprenaient environ une quinzaine de femmes pour permettre une meilleure profondeur dans les échanges.
Au cours des différentes réunions, les femmes ont d'emblée évoqué l'imprévisibilité des problèmes au cours des grossesses. En outre, selon elles, aucune grossesse ne ressemble à une autre. Certaines seraient plus faciles à vivre que d'autres. Bien que chaque grossesse soit une expérience singulière, les femmes rappellent la nécessité et l'intérêt de se rendre aux CPN.
Quant à la crainte de l'accouchement, les femmes l'associent à l'incertitude de son issue. C'est un moment critique pour la santé et la vie de la femme.
L'accouchement à domicile est perçu comme une contrainte liée à la rapidité du travail de l'accouchement. Mais il y a d'autres raisons : l'éloignement de la structure, le non suivi des CPN, la mauvaise qualité de l'accueil de la part des soignants. En effet, même si certaines femmes disent reconnaître l'intérêt des consultations prénatales, elles confient qu'un non suivi des CPN peut amener une femme à accoucher à domicile à cause de la crainte de se faire engueuler par les sages-femmes le jour de l'accouchement.

Quand on interroge les femmes sur leurs perceptions des structures de santé, elles soulignent d'emblée l'éloignement des structures sanitaires. Même pour des femmes vivant en milieu urbain, le parcours au centre de santé peut être incertaine en situation d'urgence et en l'occurrence la nuit où il peut être difficile, voire impossible de trouver un taxi. C'est notamment le cas des populations qui vivent dans des quartiers non lotis.

La question du coût élevé des soins est cruciale dans les discussions. Pour les femmes, les soins en maternité riment avec des dépenses importantes pour leurs familles.

Outre les tensions psychologiques qu'ils impliquent pour la femme, la grossesse et l'accouchement semblent aiguiser la teneur des relations entre les hommes et les femmes. Tout se passe comme si l'homme était dans un moment critique où il risque sa réputation dans son entourage. La maternité devient ainsi un enjeu aussi bien pour le statut social de l'homme que de la femme. Rares sont les femmes qui connaissent le montant de dépenses effectuées par les hommes pour l'accouchement. De fait, peu de femmes questionnent leurs conjoints sur le coût des dépenses et rares sont également les hommes qui prennent l'initiative d'informer leurs épouses des frais qu'ils ont eu à dépenser. De l'avis des femmes, certains hommes trouvent même indiscret qu'une femme pose ce type de question.

Quand on interroge les femmes sur leurs perceptions des soignants dans les structures de santé publiques, le sujet du mauvais accueil qui est d'emblée évoqué. Certains centres de santé sont cités en tête de liste.

> *« …Parfois même, tu peux aller pour accoucher, elles sont assises, elles tricotent seulement ou d'écouter la radio ; on ne te regarde même pas. Si tu ne te débrouilles pas pour te retenir, tu risqueras d'accoucher à terre et elles ne viendront pas te voir. »*
> *« Mon premier enfant, je l'ai accouché à … par terre. Quand nous avons pris le taxi, arrivées, nous sommes rentrées et je suis allée remettre mon carnet, on m'a dit de monter. Quand je suis montée, elles m'ont dit que c'est le matin que j'accoucherai et d'aller m'asseoir. Quand je suis allée m'asseoir, j'ai dit à celle qui m'a accompagnée : 'grand-mère, j'ai envie d'aller aux selles' ; elle m'a dit de me retenir, de m'asseoir. Quand je me suis levée seulement, l'enfant est tombé ; et toutes les femmes qui étaient*

assises se sont levées et les ont appelées. Et elles m'ont dit de rester une bonne fois pour accoucher là-bas… »

Ces perceptions générales d'un mauvais accueil ont justifié l'organisation de groupes de discussions dans les derniers mois du programme AQUASOU.
Cinq groupes de discussions ont été organisés :

- les femmes qui consultent la SMI du secteur 30 (11 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité du secteur 28 (13 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité du secteur 15 (17 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité de st Camille (21 femmes)
- les femmes qui consultent la maternité de Koubri (15 femmes)

Ces discussions ont été focalisées sur les éventuels changements dans les perceptions des consultations en maternité et des prestataires de soins. Contrairement aux rencontres tenues en 2004, il y a eu peu de récits d'expériences de mauvais traitements dans les maternités. Certaines ont confié que les soignants observaient une meilleure attitude à leur égard : *« ils nous respectent… »* La majorité des femmes rencontrées avaient entendu parler du programme AQUASOU et plus particulièrement du système de partage des coûts qu'elles apprécient positivement. Toutefois, elles sont sceptiques sur la continuité de ce changement qui fait que leurs *« maris payent moins chers en cas de césarienne ».*

7. Dissémination des résultats

7.1 Ateliers de restitution AQUASOU

7.1.1 Atelier de clôture avec les autorités

Un atelier de restitution finale du projet, placé sous la présidence du Ministère de la Santé du Burkina Faso, s'est tenu le 17 février 2006 au Centre Culturel Français. La journée a été ouverte par le conseiller technique du Ministre de la Santé en présence du Maire de Ouagadougou, du Représentant de l'Ambassade de France, de Madame le Consul d'Italie, de la Secrétaire Générale du Gouverneur du Centre et du représentant de l'IRD à Ouagadougou.
Cet atelier a rassemblé plus de 100 invités (personnels de santé, acteurs sociaux et politiques, organisations professionnelles, etc.). La journée a permis de restituer les résultats du projet et de discuter des perspectives : consolidation des acquis dans le district sanitaire du secteur 30 et extension de certaines activités à la région sanitaire du Centre.

7.1.2 Journée de restitution avec le personnel du district

Une journée de restitution spécialement destinée au personnel de santé du district sanitaire du secteur 30 a été organisée le 7 mars 2006 dans la salle du SIAO à Ouagadougou. Elle a rassemblé plus de 70 personnes, principalement le personnel des CSPS (infirmiers chef de poste et accoucheuses auxiliaires) et quelques personnels du CMA (une partie avait déjà été invitée à l'atelier du 17 février). Cela a été l'occasion de partager les résultats avec les maternités périphériques et surtout d'écouter leurs questions et commentaires sur les activités qui ont été menées au cours de ces 3 ans.

7.1.3 Restitution à l'équipe de la Direction de la Santé de la Famille

A la demande de la directrice de la santé de la famille, Dr Conombo, l'équipe d'AQUASOU a présenté le 27 mars 2006 une restitution spécialement pour l'équipe de la DSF sur les audits et le système de partage des coûts. Le but était ici d'aller plus en détails dans la présentation de la mise en œuvre de ces deux activités, et d'aborder les difficultés afin d'aider la DSF dans l'opérationnalisation de ces activités, qui sont des priorités dans la politique nationale de santé maternelle.

7.2 Présentations faites lors de congrès et séminaires

Les différents membres de l'équipe AQUASOU du Burkina ont présenté les résultats préliminaires dans différents ateliers et séminaires (Tableau 4)

Tableau 4. Présentations faites lors de séminaires par l'équipe AQUASOU du Burkina Faso, 2004-2006

Colloque	Lieu	Date	Sujet présenté
Atelier DSF sur le rôle des accoucheuses villageoises	Ouagadougou	Sept 2004	Etude anthropologique sur les accouchements à domicile
1er congrès de la SOGOB	Ouagadougou	Nov 2004	Suivi des critères de qualité
Congrès de la SAGO	Cotonou, Bénin	Déc 2004	Suivi des critères de qualité
Atelier francophone sur les audits des décès maternels (OMS afro)	Ouidah, Bénin	Fév 2005	Revues de cas Entretiens à domicile
2ème congrès de la SOGOB	Bobo-Dioulasso	Nov 2005	Revues de cas Partage des coûts
Atelier de formation sur les mutuelles	Ouagadougou	Fév 2006	Partage des coûts
Journées scientifiques de Bobo	Bobo-Dioulasso	Mai 2006	Partage des coûts
Atelier de clôture organisé par l'Académie des sciences.	Paris	Juin 2006	Audit, partage des coûts, mobilisation des politiques.

7.3 Publications

7.3.1 Mémoires d'étudiants

Plusieurs étudiants ont été suivis par l'IRD et l'IMT et ont réalisé des travaux de recherches liés au projet :

Zongo S (2005) Approche anthropologique des accouchements à domicile dans le district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou : les cas du CMA du secteur 30 de Ouagadougou et du CSPS de Koubri. *Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Ouagadougou*, Burkina Faso

Ouédraogo. R (2006) Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou (district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, B.F). *Mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Ouagadougou*, Burkina Faso

Zerbo F (2004) Evolution de la qualité des soins: cas du dossier obstétrical à la maternité du CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso *Mémoire d'attaché santé en Soins Infirmiers et Obstétricaux, Ecole Nationale de Santé Publique*, Ouagadougou, Burkina Faso

Zongo V (2005) Intégration de l'audit obstétrical dans les activités de la maternité du CMA du district sanitaire du secteur 30. *Mémoire d'attaché santé en Soins Infirmiers et Obstétricaux, Ecole Nationale de Santé Publique*, Ouagadougou, Burkina Faso

7.3.2 Publications scientifiques

Articles finalisés, soumis à publication

Reducing financial barriers to Emergency Obstetric Care in Burkina Faso: cost sharing mechanisms
Richard F, Ouédraogo C, Compaoré J, Dubourg D, De Brouwere V

La difficulté de mettre en question sa pratique clinique : une expérience d'audit médical dans une maternité de Ouagadougou
Richard F, Ouédraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruenais ME, De Brouwere V

Articles en cours de rédaction

L'amélioration des soins obstétricaux dans une maternité de district à Ouagadougou

Etude des besoins obstétricaux non couverts de 2003-2005 dans le district sanitaire du secteur 30

Le système de référence/évacuation : ou la continuité des soins et de l'information : est-ce possible en Afrique ? est-ce utile ?

Qui paye quoi ? Les rapports de sexe autour de la grossesse et de l'accouchement

Les consultations prénatales : raisons médicales ou sociales ?

Pourquoi les femmes accouchent à domicile. Une étude anthropologique au Burkina Faso.

Les évacuations perçues par les femmes et les soignants.

7.3.3 Lettres d'information

Equilibres et Populations a présenté le bilan à mi-parcours du projet AQUASOU dans sa lettre d'information n° 91 (août, septembre, octobre 2004) et les activités menées lors du sommet de la Francophonie dans sa lettre n° 92 (novembre, décembre 2004)
http://equipop.jadisdesign.net/newsletter/historique/59.php

Dr Ibrahim Bamba a présenté le contenu de l'atelier de consensus sur le partage des coûts de novembre 2004 dans la Lettre du RIAC n°18 (décembre 2004)
http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Activities/Downloads/riac0412.pdf

7.3.4 Site web

Les activités du projet AQUASOU au Burkina Faso ont été largement relayées sur les sites d'Equilibres et Populations et de l'IRD qui a mis en ligne la visite de Darcos et dernièrement les présentations de la journée de clôture.

E&P
Présentation du projet AQUASOU
http://www.equipop.org/index.php?rel=12&typ=2&art=323

IRD
Atelier de Clôture du 17 février 2006
http://www.ird.bf/actualites/atelier_aquasou_2006.htm
Visite de Darcos
http://www.ird.bf/actualites/visite_darcos.html

7.3.5 Média

La presse, les radios et la télé nationale ont été plusieurs fois sollicités par AQUASOU pour couvrir les grands évènements qui ont marqué le projet. Ainsi les médias ont couvert la visite de Darcos en novembre 2004 en visite au CMA à l'occasion du sommet de la francophonie à Ouagadougou. La clôture du projet le 17 février a été également bien couverte le jour même de l'évènement (interview radio, passage au journal télévisé). La semaine qui a précédé la clôture, une équipe de la télé nationale a réalisé un long reportage sur le système de partage des coûts avec interviews des différents acteurs (personnel de santé, politiques, bénéficiaires). Une version courte de 15 min a été diffusée plusieurs fois sur la télé nationale pendant le journal, une version longue sera également bientôt disponible.

7.3.6 Représentations théâtrales

Dans le cadre des activités de sensibilisation, une pièce de théâtre a été réalisée par ASMADE en coopération avec le théâtre-action du Copion, troupe belge. Cette pièce de théâtre en mooré traite du problème de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence quand on n'a pas les moyens financiers et présente les avantages du partage des coûts. Cette pièce a été montrée dans tout le district. Une cassette du spectacle a été réalisée et a été présentée aux étudiants de l'Institut de Médecine Tropicale dans les cours de santé publique comme exemple de stratégies de mobilisation communautaire.
La pièce a été sélectionnée pour participer au festival international du théatre-action en octobre 2006 en Europe. Le spectacle avec les comédiens du Burkina sera en tournée en octobre et novembre 2006 en Belgique. Déjà des écoles de sages-femmes et des hôpitaux ont réservé le spectacle.

Pièce de théâtre AQUASOU en tournée en Belgique
http://users.skynet.be/fa028463/dispo12.htm

8. Perspectives

8.1 Suite des activités démarrées dans le cadre du projet AQUASOU

Si l'assistance technique des 3 institutions d'appui s'est administrativement terminée le 31 mars 2006, différentes activités lancées dans le cadre du projet sont toujours en place et gérées par le district ou l'équipe de la maternité. Il s'agit entre autres des audits, du système de partage des coûts (les conventions pour 2006 ont été signées par les différents acteurs et le premier comité de suivi pour 2006 a déjà été tenu au moment d'écrire ce rapport), du suivi des critères de qualité, de l'étude BONC 2006. La pérennité dépendra de la motivation et de l'engagement des équipes et de l'équipe cadre du district mais également des politiques nationales en matière de santé maternelle. Ainsi le gouvernement burkinabé vient de décider la mise en place d'une subvention nationale à 80% des accouchements et soins obstétricaux d'urgence qui prendrait effet début juin 2006[11]. Un budget serait alloué à chaque CHU, CHR et district pour fournir des césariennes à 11.000 CFA et des accouchements à 900 CFA. Les systèmes de partage des coûts mis en place dans le district du secteur 30, mais aussi dans les autres districts du Burkina devront se repositionner par rapport à ces changements.

8.2 Projet PASSAGE

Une 'suite' du projet, avec les mêmes institutions d'appui (IRD, IMT, E&P) devrait démarrer en juin 2006 avec un financement de l'Union Européenne dans le cadre d'un Europaid. Il s'agit du Projet d'Approche en Santé Génésique (PASSAGE) qui concerne trois pays (Burkina Faso, Mali et Cameroun). Pour le Burkina, la zone d'intervention concernera les quatre districts sanitaires de la région du Centre. Cela permettra de consolider les acquis pour le district sanitaire du secteur 30 en partenariat avec la Direction Régionale de la Santé du Centre et l'ONG ASMADE. Ce projet PASSAGE a pour but de mettre en synergie toutes les organisations, associations travaillant dans le domaine de la santé génésique et d'améliorer l'accès des services aux jeunes, en rendant les services « conviviaux » pour les jeunes.

9. Remerciements

Nous tenons à remercier vivement le Dr Philippe Compaoré, Directeur régional de la santé du centre et le Dr Ghislaine Conombo, Directrice de la santé de la famille pour leur disponibilité et leur soutien dans ce projet. Nous aimerions également féliciter tout le personnel du CMA et des maternités périphériques pour les efforts accomplis et les premiers résultats prometteurs en espérant la poursuite des activités engagées dans le cadre du projet AQUASOU.

[11] Au moment de clôturer ce rapport (septembre 2006), le système de subvention nationale des SOU n'avait pas encore commencé.

Annexes

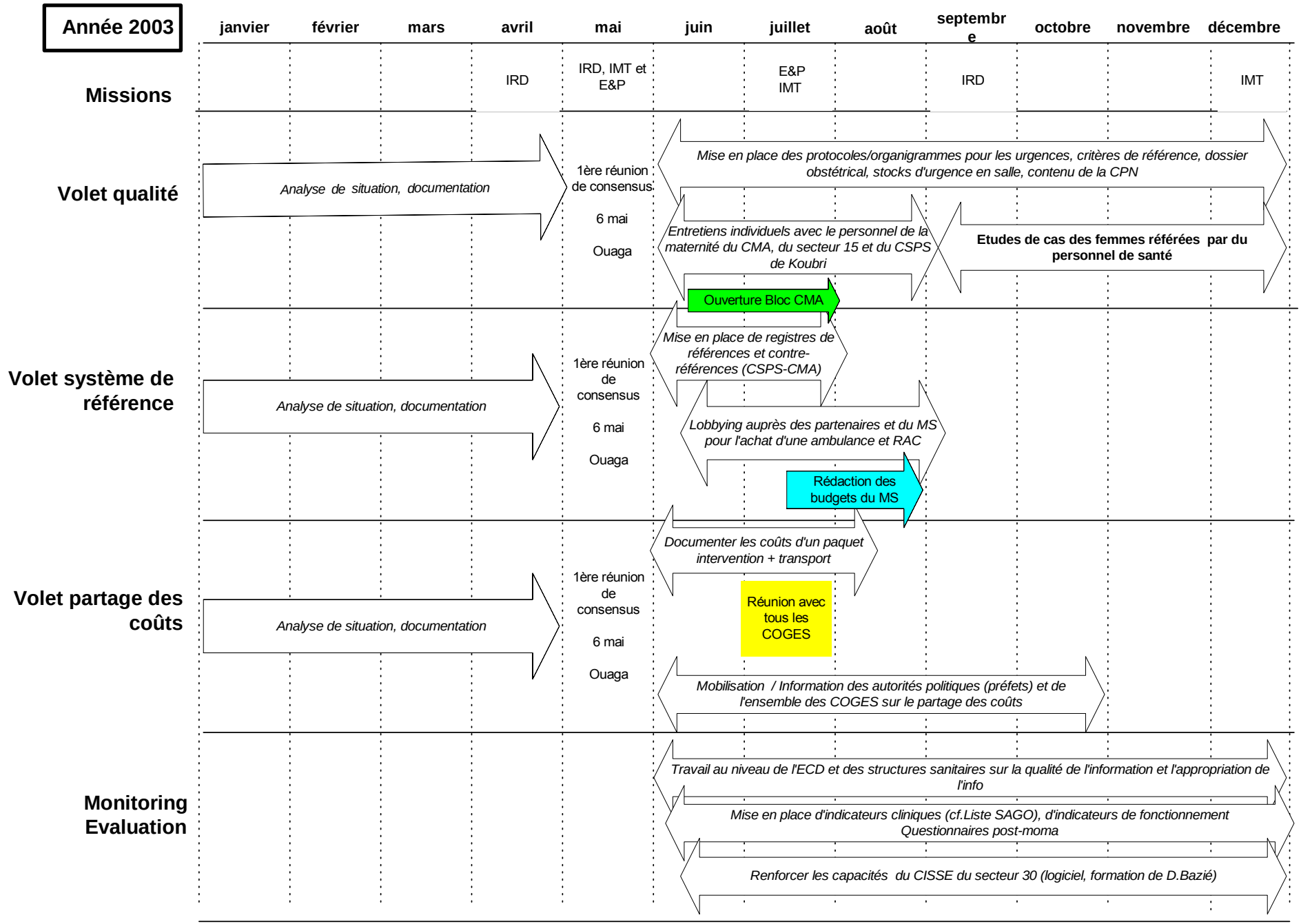
Annexe 1. Echéancier 2003-2006

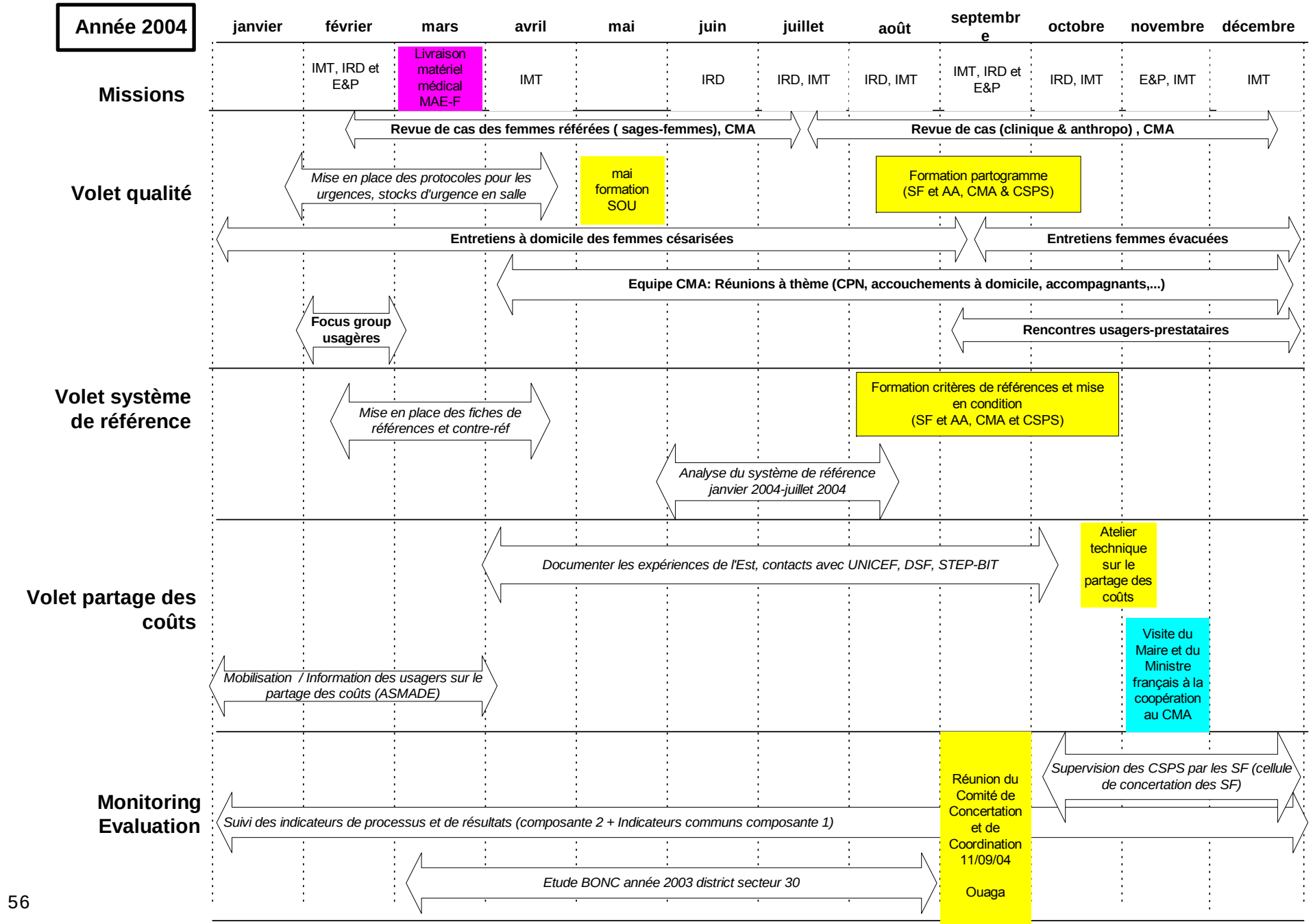
Annexe 2. Matériel médical reçu dans le cadre du projet AQUASOU

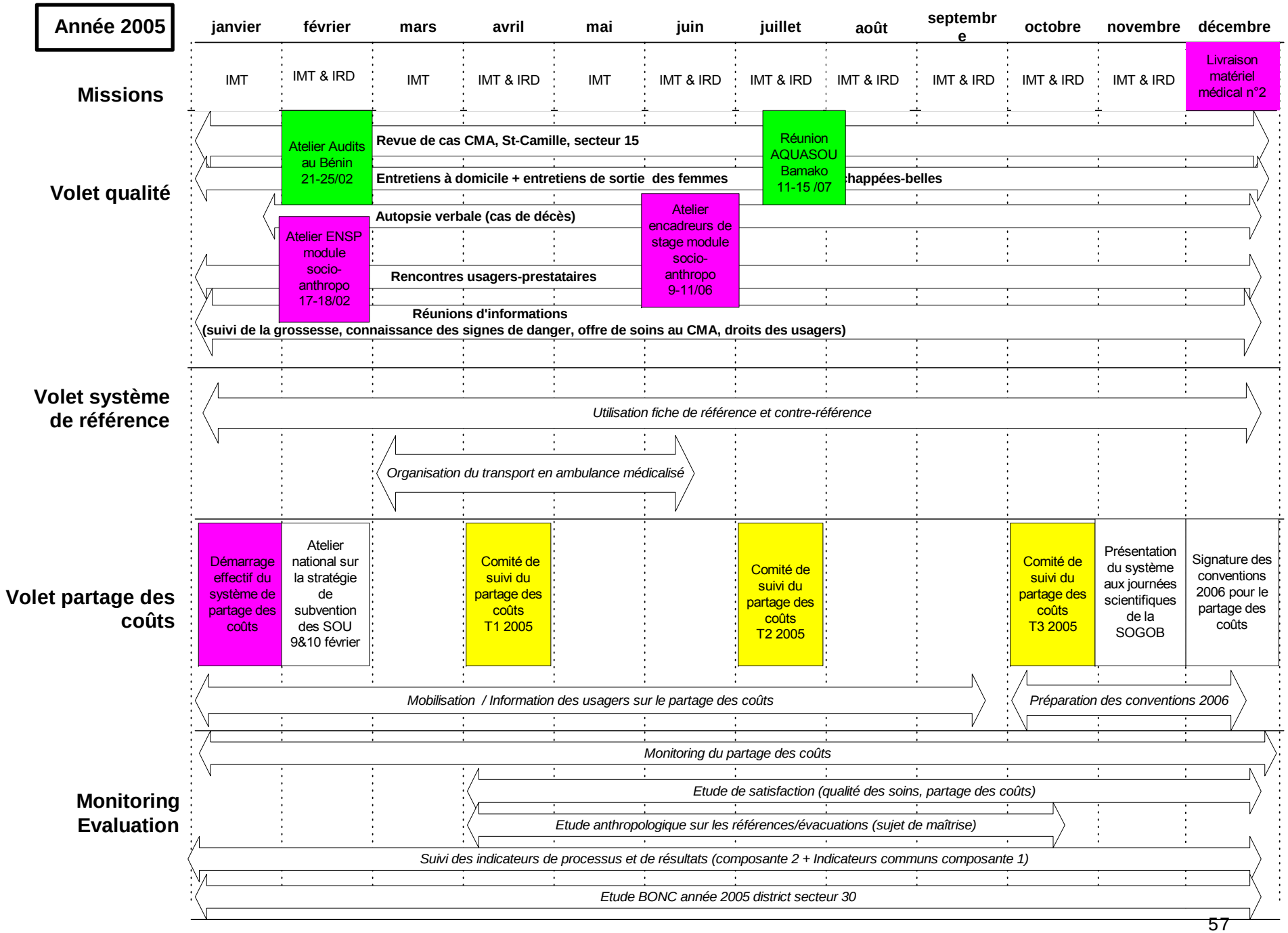
Annexe 3. Activités de la maternité du CMA 2002-2005

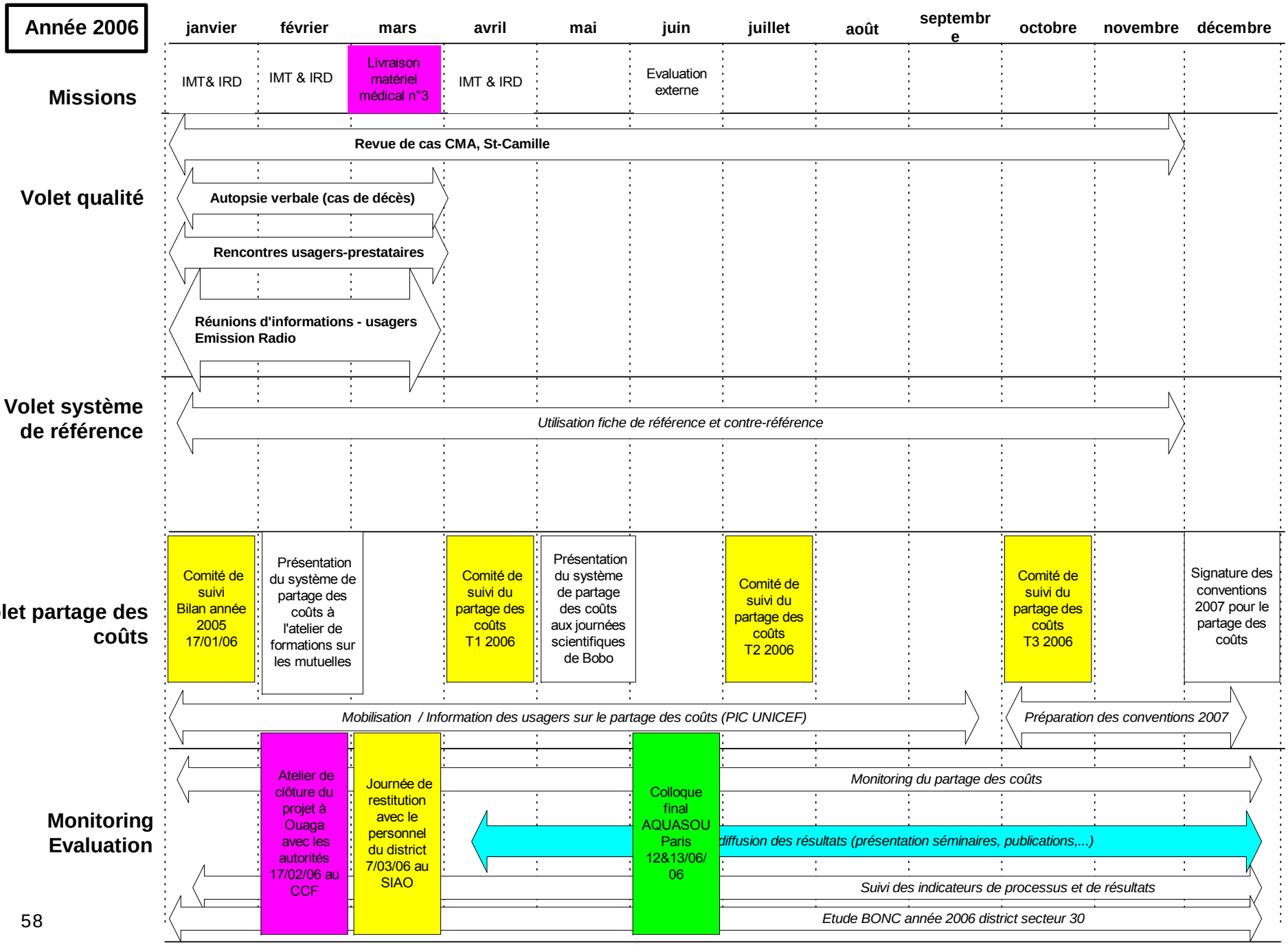
Annexe 4. Grille de critères de qualité – CMA du secteur 30

Annexe 5. Suivi des recommandations des audits au CMA du secteur 30 (2004-2005)


Année 2003
janvier
février
mars
avril
mai
juin
juillet
août
septembre
octobre
novembre
décembre
Missions
IRD
IRD, IMT et E&P
E&P IMT
IRD
IMT
Volet qualité
Analyse de situation, documentation
1ère réunion de consensus
6 mai
Ouaga
Mise en place des protocoles/organigrammes pour les urgences, critères de référence, dossier obstétrical, stocks d'urgence en salle, contenu de la CPN
Entretiens individuels avec le personnel de la maternité du CMA, du secteur 15 et du CSPS de Koubri
Etudes de cas des femmes référées par du personnel de santé
Ouverture Bloc CMA
Volet système de référence
Analyse de situation, documentation
1ère réunion de consensus
6 mai
Ouaga
Mise en place de registres de références et contre-références (CSPS-CMA)
Lobbying auprès des partenaires et du MS pour l'achat d'une ambulance et RAC
Rédaction des budgets du MS
Volet partage des coûts
Analyse de situation, documentation
1ère réunion de consensus
6 mai
Ouaga
Documenter les coûts d'un paquet intervention + transport
Réunion avec tous les COGES
Mobilisation / Information des autorités politiques (préfets) et de l'ensemble des COGES sur le partage des coûts
Monitoring Evaluation
Travail au niveau de l'ECD et des structures sanitaires sur la qualité de l'information et l'appropriation de l'info
Mise en place d'indicateurs cliniques (cf.Liste SAGO), d'indicateurs de fonctionnement
Questionnaires post-moma
Renforcer les capacités du CISSE du secteur 30 (logiciel, formation de D.Bazié)


Année 2004
janvier
février
mars
avril
mai
juin
juillet
août
septembre
octobre
novembre
décembre
Missions
IMT, IRD et E&P
Livraison matériel médical MAE-F
IMT
IRD
IRD, IMT
IRD, IMT
IMT, IRD et E&P
IRD, IMT
E&P, IMT
IMT
Revue de cas des femmes référées (sages-femmes), CMA
Revue de cas (clinique & anthropo) , CMA
Volet qualité
Mise en place des protocoles pour les urgences, stocks d'urgence en salle
mai formation SOU
Formation partogramme (SF et AA, CMA & CSPS)
Entretiens à domicile des femmes césarisées
Entretiens femmes évacuées
Equipe CMA: Réunions à thème (CPN, accouchements à domicile, accompagnants,...)
Focus group usagères
Rencontres usagers-prestataires
Volet système de référence
Mise en place des fiches de références et contre-réf
Formation critères de références et mise en condition (SF et AA, CMA et CSPS)
Analyse du système de référence janvier 2004-juillet 2004
Volet partage des coûts
Documenter les expériences de l'Est, contacts avec UNICEF, DSF, STEP-BIT
Atelier technique sur le partage des coûts
Visite du Maire et du Ministre français à la coopération au CMA
Mobilisation / Information des usagers sur le partage des coûts (ASMADE)
Monitoring Evaluation
Réunion du Comité de Concertation et de Coordination 11/09/04
Ouaga
Supervision des CSPS par les SF (cellule de concertation des SF)
Suivi des indicateurs de processus et de résultats (composante 2 + Indicateurs communs composante 1)
Etude BONC année 2003 district secteur 30


Année 2005
janvier
février
mars
avril
mai
juin
juillet
août
septembre
octobre
novembre
décembre
Missions
IMT
IMT & IRD
IMT
IMT & IRD
IMT
IMT & IRD
IMT & IRD
IMT & IRD
IMT & IRD
IMT & IRD
IMT & IRD
Livraison matériel médical n°2
Volet qualité
Atelier Audits au Bénin 21-25/02
Revue de cas CMA, St-Camille, secteur 15
Réunion AQUASOU Bamako 11-15 /07
Entretiens à domicile + entretiens de sortie des femmes
Autopsie verbale (cas de décès)
Atelier ENSP module socio-anthropo 17-18/02
Atelier encadreurs de stage module socio-anthropo 9-11/06
Rencontres usagers-prestataires
Réunions d'informations
(suivi de la grossesse, connaissance des signes de danger, offre de soins au CMA, droits des usagers)
Volet système de référence
Utilisation fiche de référence et contre-référence
Organisation du transport en ambulance médicalisé
Volet partage des coûts
Démarrage effectif du système de partage des coûts
Atelier national sur la stratégie de subvention des SOU 9&10 février
Comité de suivi du partage des coûts T1 2005
Comité de suivi du partage des coûts T2 2005
Comité de suivi du partage des coûts T3 2005
Présentation du système aux journées scientifiques de la SOGOB
Signature des conventions 2006 pour le partage des coûts
Mobilisation / Information des usagers sur le partage des coûts
Préparation des conventions 2006
Monitoring Evaluation
Monitoring du partage des coûts
Etude de satisfaction (qualité des soins, partage des coûts)
Etude anthropologique sur les références/évacuations (sujet de maîtrise)
Suivi des indicateurs de processus et de résultats (composante 2 + Indicateurs communs composante 1)
Etude BONC année 2005 district secteur 30


Année 2006
janvier
février
mars
avril
mai
juin
juillet
août
septembre
octobre
novembre
décembre
Missions
IMT& IRD
IMT & IRD
Livraison matériel médical n°3
IMT & IRD
Evaluation externe
Revue de cas CMA, St-Camille
Volet qualité
Autopsie verbale (cas de décès)
Rencontres usagers-prestataires
Réunions d'informations - usagers
Emission Radio
Volet système de référence
Utilisation fiche de référence et contre-référence
Volet partage des coûts
Comité de suivi Bilan année 2005 17/01/06
Présentation du système de partage des coûts à l'atelier de formations sur les mutuelles
Comité de suivi du partage des coûts T1 2006
Présentation du système de partage des coûts aux journées scientifiques de Bobo
Comité de suivi du partage des coûts T2 2006
Comité de suivi du partage des coûts T3 2006
Signature des conventions 2007 pour le partage des coûts
Mobilisation / Information des usagers sur le partage des coûts (PIC UNICEF)
Préparation des conventions 2007
Monitoring Evaluation
Atelier de clôture du projet à Ouaga avec les autorités 17/02/06 au CCF
Journée de restitution avec le personnel du district 7/03/06 au SIAO
Colloque final AQUASOU Paris 12&13/06/06
Monitoring du partage des coûts
diffusion des résultats (présentation séminaires, publications,...)
Suivi des indicateurs de processus et de résultats
Etude BONC année 2006 district secteur 30

Annexe 2. Matériel reçu dans le cadre du projet AQUASOU pour le district sanitaire du secteur 30

Matériel médical pour salles d'accouchement	Condition-nement	Quantité 2003	Quantité 2004	Quantité 2005
Amnioscope			1	
Aspirateur électrique pour aspiration du nouveau né			15	5
Boîtes accouchement		100		20
Boîtes de suture périnée		30	5	
Canules de Guédel N° 0	Boîtes de 5		6	
Canules de Guédel N° 00	Boîtes de 5		6	
Cardiotocographe (ante partum monitor) BT300S				**1**
Echographe + trolley + sonde 3,5/5,0 Mhz				**1**
Forceps de Suzor			1	
Hémocue				**1**
Insufflateur néonatal + masque nouveau-né 0,1, 2			20	
Jeu de cupule métallique Malstrom (ventouse)			**1**	
Jeu de cupule silicone (ventouse)	**Paire**		**1**	**1**
Lampe baladeuse de consultation sur pied roulant			5	
Papier pour cardiotocographe	25 paquets			2
Sonde pour aspiration électrique n°6	Boîtes de 100		10	
Sonde pour aspiration électrique n°8	Boîtes de 100		20	60
Sonicaid		4		
Speculum vaginal taille moyenne			100	
Stéthoscope simple pavillon			40	55
Tensiomètre brassard velcro				20
Tensiomètre Hg mural			10	15
Tensiomètre Hg mobile sur pied roulant		30	5	20
Tensiomètre électrique				2
Tigette pour Hémocue	4 boîtes de 50			5
Ventouse obstétricale électrique*		**1**		

Matériel pour bloc opératoire				
Aiguille à PL avec mandrain 27 G	Boîte de 50			40
Boîte hystérectomie				1
Bupivicaine spinal	Boîte de 20			10
Cardioscope de poche		2		
Laryngoscope set complet pour adulte		6		
Oxymètres de pouls		2		
Pinces en cœur				32
Pinces Jean-Louis Faure				48
Pinces de Bingolea				48
Pinces hémostatiques type Kelly				48
Pinces longuette				10
Pinces faux germes				10
Seringue électrique				1
Valve vaginale postérieure avec poids de JAYLE				1
Valve vaginale DOYEN				2
Valve vaginale convexe n°2				2
Valve vaginale de KRISTELLER modèle enfant				1

Annexe 3. Activités de la maternité du CMA 2002-2005

	SALLE D'ACCOUCHEMENT CMA secteur 30	2002	2003	2004	2005
1	Total accouchements	1925	2240	2731	3509
	CMA	1842	2140	2616	3380
	Domicile	83	100	115	129
2	Nombre total de femmes admises	2053	2403	3042	4182
3	Nombre total de femmes référées d'une autre structure (CSPS, CM):	2	24	91	683
	*Urgent	2	24	84	683
	*Non urgent	0	0	7	0
4	Nombre total de femmes évacuées vers le CHU-YO	91	166	191	145
	Avant accouchement		143	154	97
	Après accouchement		18	29	25
	Suites avortement		7	8	24
5	Nombre de bébés transférés vers un autre établissement		29	52	142
6	Naissances vivantes	1876	2185	2644	3345
7	Morts in utero:	49	55	87	164
	*Morts nés macérés	25	28	54	80
	*Morts nés frais	24	27	33	84
8	Morts néonatales précoces (entre J1 et J7 inclus)	8	8	13	33
9	Réanimation enfants	0	45	108	257
10	BB <2500g	111	229	288	518
11	Bébé prématuré	81	57	139	80
12	Accouchements instrumentaux	0	1	8	86
	Ventouse	0	0	8	86
	Forceps	0	1	0	0
13	Episio	404	621	497	543
14	Suture déchirure	154	138	78	115
15	DA		52	27	86
16	RU		123	114	221
17	Femmes avec utérus cicatriciel	7	9	29	66
18	Présentations anormales (front, transverse), nécessitant une césarienne	6	5	9	18
19	Autres présentations anormales (face, bregma)	12	3	4	4
20	Présentations du siège	11	7	40	90
21	Accouchements gémellaires ou triples	28	38	52	84
22	Anomalie clinique du bassin et/ou macrosomie fœtale diagnostiquée avant le travail	0	0	9	24
23	Dystocie pendant le travail: *Disproportion foeto-pelvienne (travail bloqué) *Franchissement de la ligne d'action du partographe *Arrêt de la dilatation > 2 heures *Travail prolongé > 12 heures	40	114	96	214
24	Rupture utérine	2	0	0	4
25	Hématome retro-placentaire	1	3	8	12
26	Placenta prævia	2	5	8	22
27	Hémorragie de la période de la délivrance = Hémorragie post-partum immédiat (≤ 24h)	12	25	14	66

28	Hémorragie des suites de couches = Hémorragie post-partum tardif (>24h)	0	1	3	1
29	Eclampsies ante partum ou per partum pour le calcul du taux de césariennes attendues	1	6	9	19
30	Eclampsie post-partum	1	4	4	10
31	Pré-éclampsie	5	6	18	86
32	Infection puerpérale	0	0	2	10
33	Avortement septique ou compliqué	33	6	6	9
34	Grossesse extra-utérine	2	2	6	27
Bloc opératoire					
I. Indication des césariennes					
1	Utérus cicatriciel		0	16	38
2	Hématome retro-placentaire		2	2	4
3	Placenta praevia		0	2	15
4	Hémorragie antepartum autre ou non spécifiée		0	1	0
5	Présentation anormale (front, transverse, face engagée en position mento-postérieure)		5	9	20
6	Pré-rupture		2	9	32
7	Disproportion foeto-pelvienne avant le travail		0	10	20
8	Dystocie pendant le travail :				
	*Disproportion foeto-pelvienne (travail bloqué)		16	39	125
	*Franchissement de la ligne d'action du partogramme			2	12
	*Arrêt de la dilatation > 2 heures			13	17
	*Travail prolongé > 12 heures			1	4
9	Eclampsie		0	1	11
10	Pré-éclampsie		2	12	39
11	Autres indications maternelles		0	6	16
12	Souffrance fœtale		8	38	111
13	Siège		3	9	18
14	Grossesse gémellaire ou triple		0	4	2
15	PTME		2	3	2
16	Autre pathologie fœtale (procidence cordon, anomalie de volume localisée, autre malformation,...)		2	12	24
	TOTAL		42	189	511
II. Autres interventions					
1	Réparation rupture utérine				1
2	Hystérectomie pour rupture utérine				3
3	Salpingectomie (ou autre) pour GEU		1	6	26
4	Suture Col et périnée complet			5	44
5	Ex sous valves sous AG pour hémorragie			3	5
6	Version extraction 2ème jumeau sous AG				2
7	Reprise de paroi (lâchage de suture)				5
8	Reprise hémorragie (J0 post-op)				1
9	Autres interventions (gynécologie)			4	50

Transfusions		**2002**	**2003**	**2004**	**2005**
1	Nombre de femmes pour qui une transfusion est demandée	0	0	22	175
2	Nombre de femmes effectivement transfusées	0	0	17	135
Décès maternels					
1	Nombre total de décès maternels au CMA du 30	0	1	3*	15*
2	Décès par rupture utérine				1
3	Décès par hématome retro-placentaire				
4	Décès par placenta praevia				
5	Décès par hémorragie post-partum			1	1
6	Décès par éclampsie			2	1
7	Décès par autres complications hypertensives				
8	Décès par infection gravido-puerpérale				1
9	Décès par avortement septique ou compliqué				1
10	Décès par grossesse extra-utérine (hémorragie)				1
11	Autres causes directes de décès maternels*(préciser)*		1		1
12	Autres causes indirectes de décès maternels*(préciser)*				7
13	Décès par causes iatrogènes				
14	Décès par accident anesthésique				1
15	Décès post-césarienne (infection)				1

** en 2004, trois femmes évacuées du CMA vers le CHU-YO sont décédées au CHU : 1 cas des suites d'un avortement septique, 1 cas suite à un accident anesthésique, 1 cas pour une hémorragie du post-partum après une césarienne faite au CHU-YO.*

en 2005, 5 femmes évacuées du CMA vers le CHU-YO pour des soins intensifs sont décédées au CHU: 3 cas des suites d'avortements provoqués, 1 cas d'hémorragie per-op (troubles de la coagulation), 1 cas d'anémie sévère sur mort in utero.

Annexe 4. Grille des critères de qualité

Surveillance pendant le travail et après l'accouchement

N°	Indicateur	Critères	Score
1	Examen d'entrée	- Jour - Heure - Terme - HU - Pouls - Température - Tension Artérielle - Col - Présentation - Membranes - Bruits du cœur - CU par 10'	1 point par item
2	Suivi pendant le travail	- Bruits du cœur toutes les heures en phase active (à partir de 4 cm) - TA toutes les 4 heures (toutes les heures si HTA) - TV toutes les 2 heures en phase active	1 point par item
3	Partogramme	- Diagramme établi	1 point
4	Surveillance dans les 2 heures qui suivent l'accouchement	Dans les 2 heures qui suivent l'accouchement, au moins une fois: Mère: - Pouls - Tension Artérielle - Saignements - Globe utérin Enfant: - Mise au sein - Couleur - Respiration	1 point par item
5	Suivi Suites de couches	Dans les 12 heures après l'accouchement, au moins une fois: Mère: - Saignements - Globe utérin - TA Enfant: - Mise au sein - Couleur - Respiration	1 point par item
6	Examen de sortie	Avant la sortie, Examen Mère: - Lochies - Globe utérin - Seins - TA Enfant: - Poids de sortie - Vaccins	1 point par item

Annexe 5 Suivi des recommandations

Année 2004-2005

Recommandations AUDITS CMA secteur 30	Responsable	Réalisation	Remarques
A - PERSONNEL			
A1. Supervision des AA par les SF dans les CSPS	ECD	OUI (sept 2005)	
A2. Recyclage des AA 1 sem/an au CMA	ECD	NON	à programmer plan d'action 2005
A3. Formation continue du personnel	CO et R. Zongo	en cours	partogramme, SOU, accompagnement (mort-né)
A4. Diminuer l'absentéisme, assiduité dans le travail	SF	en cours	
A5. Faire des sorties à domicile avec les SF de SDC et CSPS	IRD	NON	
A6. Décoration du personnel méritant (tableau d'honneur, cercle d'or)	ECD	OUI (janv 2005)	Lettres de félicitations envoyées par le DRS
A7. Faire demande d'assistant social à la DRS pour le CMA	ECD	OUI (mars 2005)	
A8. Recruter du personnel au labo pour faire la garde	ECD	OUI	
A9. Revoir composition des équipes de garde	Mme Akotionga	OUI	
A10. Sensibiliser les SF à l'importance de leurs actes	Dr O.C / Mme Ako	en cours	
A11.			
B – EQUIPEMENT			
B1. Mettre un jeu de valves en salle pour les déchirures du col	Chef de service	OUI	
B2. Dotation d'un doppler en salle d'accouchement	Chef de service	OUI (juillet 04)	dotation AQUASOU
B3. Mettre en place la table de réanimation pour les NN	Dr Liliou, Mme O.R	NON	installée mais pas mise en fonction (prb place)

C - MEDICAMENTS & CONSOMMABLES			
C1. Disponibilité de médicaments d'urgence en salle d'accht	Coordinatrice salle	OUI (juin 04)	Kits d'urgence
C2. Stock de sang d'urgence	Chef de service/ECD	OUI (janv 05)	Approvisionnement irrégulier
C3. ajouter des sondes naso-gastriques dans les kits	Préparatrice pharma-cie	OUI	
C4. Vérifier les stocks de kits en salle avant les weekends	Coordinatrice salle	OUI	
C5. Inciter à la prescription de générique en pédiatrie	Dr O.C / Dr Benon	en cours	
D – PROTOCOLES			
D1. Référence aux protocoles en cas d'urgence	SF	en cours	
D2. Affichage des protocoles en salle d'accouchement	Coordinatrice salle	OUI	Hémorragie et Eclampsie
D3. Tenir compte des ATCD dans la prise en charge	SF	en cours	
E – SOINS			
E1. Faire un interrogatoire approfondi à l'admission	SF	en cours	
E2. Faire un examen clinique complet (même si écho)	SF	en cours	
E3. Faire les prélèvements sanguins au pied du lit	SF	OUI	
E4. Assurer la continuité des soins : 1 femme = 1 sage-femme	SF	en cours	
E5. Suivre les femmes + régulièrement (partogramme, Bdc)	SF	en cours	
E6. Demander les examens complémentaires dès l'entrée (grpe, etc)			
F - ORGANISATION			
F1. Expliquer aux ICP et AA le système de référence	Chef de service	en cours	Fait au cours des formations
F2. Instaurer Réunion bloc-salle d'accouchement	Chef de service	NON	à programmer
F3. Système de garde 24/24 au bloc op		OUI (oct 04)	
F4. Assurer un nettoyage des locaux toute au long de la journée	Dr Benon, gestion-naire	en cours	
F5. Organiser un calendrier visite du post-op et sdc par les médecins	Chef de service	OUI	
F6. Numéroter les lits d'hospitalisation	Gestionnaire CMA	NON	
F7. Appeler le pédiatre d'astreinte en cas de besoin	Dr Benon, DR C.0	NON	
F8. Appeler Dr Kaboré en cas de problème avec les CES	Dr Kaboré	en cours	

F9. S'assurer du déplacement des CES en cas d'appel	Dr Ouédraogo	en cours	
F10. Organiser la garde couchée pour les CES	Dr O.C/ Prof Lankoandé	NON	
F11. Appliquer le planning des médecins en salle (pas assez présents)	Dr O.C	en cours	
G - SUPPORTS DE DONNEES - SIS			
G1. Instaurer des fiches de référence/contre-références en salle	Coordinatrice salle	OUI (mars 2004)	
G2. Mieux remplir les dossiers cliniques	SF	en cours	suivi des critères de qualité
G3. Mise en place d'une fiche pour les ex.complémentaires	M. Mandé	NON	Fait seulement pour les césariennes
G4. Suivi des femmes évacuées à Yalgado	Coordinatrice salle	OUI (avril 2004)	visite une fois/mois
G5. Cahier de consignes en suites de couches	Resp SDC	OUI (mars 2004)	2 ième version faite en juillet
H - RELATIONS AVEC LES FAMILLES			
H1. Instaurer des horaires de visites pour les familles	MCD, gestionnaire	OUI (Oct 04)	Affichés à la maternité
H2. Améliorer l'information donnée aux patientes	SF	en cours	doit être rappelé à chaque formation
H3. Accompagnements des femmes (bébé mort-né, malformation)	SF Psychiatrie	OUI	entretien avec attaché santé de santé mentale
I - COMMUNICATION			
I1. Doter le bloc op d'un GSM	Chef de service/ECD	OUI	
I2. Réparer la ligne fixe entre le bloc et la maternité	Chef de service/ECD	OUI	
I3. Mettre le gestionnaire dans la flotte	Chef de service/ECD	OUI	
I4. Etablir une fiche de liaison obstétrico-pédiatrique	Dr Benon/ Dr O.C	NON	
I5. Améliorer les transmissions (oral+écrit)	SF	OUI (août 05)	Fiche de transmission, transmission au pied du lit