



PASSAGE
Projet d'Approche Solidaire en SAnté GENésique
Burkina Faso



EuropeAid/120804/C/G/Multi

SYNTHESE DES RESULTATS ET LEÇONS DU PROGRAMME AQUASOU

Novembre 2006

Philippe COMPAORE
Assiata KABORE

Le présent projet est financé par l'Union européenne
Programme d'aide aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et
aux droits connexes dans les pays en développement
Ligne budgétaire 21.020703 (ex.B7-6312)

I / MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES

Domaine 1 : Amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence

Objectifs	Points positifs	Points à améliorer	Leçons / Perspectives
Améliorer la prise en charge technique des urgences obstétricales et néonatales	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise à disposition du personnel de documents guides ○ Protocoles pour pathologies fréquentes affichés en salle d'accouchement ○ Formation du personnel sur les SONU ○ Collaboration avec d'autres partenaires pour l'organisation des formations ○ Revues des cas cliniques couplées avec l'analyse anthropologique ○ Mise en place d'un cahier de suivi des recommandations faites lors des revues de cas ○ Tenue régulière des staffs quotidiens 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coût élevés des envois du matériel médico-technique ; ○ Répartition non rationnelle des équipements et du matériel ○ Non réalisation de certaines recommandations des revues de cas relevant de niveaux de décision supérieurs ○ Absence de volonté des agents de certaines structures pour la revue de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acheter certains matériels ou équipement sur place ○ Impliquer plusieurs partenaires dans la répartition du matériel acquis ○ Collaborer avec d'autres partenaires pour l'organisation des formations et / ou autres activités

Objectifs	Points positifs	Points à améliorer	Leçons / Perspectives
Diminuer les délais dans la prise en charge des urgences se présentant au CMA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gardes 24h / 24 au niveau du bloc du CMA du secteur 30 ○ Organisation du fonctionnement de la maternité (organigrammes, description de postes) ○ Mise en place de médicaments d'urgence sous forme de kit permettant les premiers soins sans prépaiement 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coût élevés des honoraires des intervenants extérieurs pour la prise en charge 24h / 24 des urgences obstétricales ○ Non disponibilité d'un stock suffisant de sang au niveau du CMA 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disposer absolument d'un stock de sang en quantité suffisante au niveau du CMA avant de démarrer la prise en charge des urgences obstétricales
Améliorer la qualité des interactions soignants - soignés	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observations anthropologiques des staffs ○ Visites à domicile des femmes césarisées par des équipes mixtes (anthropologue, soignant) ○ Rencontres (focus groups) avec des groupes de patientes de différentes structures de soins ○ Tenues de rencontres usagers – prestataires ○ Appréciations positives par le personnel et les usagers des rencontres usagers - prestataires ○ Appui à la formation en socio-anthropologie des élèves sages – femmes / maïeuticiens d'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Coûts élevés des visites à domicile ○ Absence de cours de socio-anthropologie aux étudiants en médecine ○ Mauvaise appréciation par le personnel des synthèses des entretiens réalisés avec les femmes et rapportés pendant les séances de revues de cas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bien préparer les rencontres usagers – prestataires pour surtout faire comprendre au personnel les objectifs de telles rencontres ○ Collaborer avec l'UFR/SDS pour l'instauration de cours de socio-anthropologie aux étudiants en médecine
Créer un contre pouvoir de la société civile		<ul style="list-style-type: none"> ○ Non création de comités d'usagers en vue de défendre les droits des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place et rendre fonctionnels des comités d'usagers

Domaine 2 : augmentation de l'utilisation des services obstétricaux d'urgence

Objectifs	Points positifs	Points à améliorer	Leçons / Perspectives
Améliorer l'accessibilité géographique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acquisition par d'autres partenaires d'ambulances et de radio ○ Organisation par la DRS d'un système de transport des malades ○ Plaidoyer auprès des autorités administratives et des élus locaux pour l'aménagement des routes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dysfonctionnement de système de communication dans certaines formations sanitaires ○ Existence de nombreuses routes du milieu rural impraticables en saison des pluies 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nécessité d'actions synergiques pour l'atteinte des objectifs ○ Nécessité d'un bon fonctionnement du système de communication
Organiser le système de référence	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place et utilisation des fiches de références / contre références ○ Formation du personnel sur les critères de référence 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Absence d'accompagnement de la femme évacuée par du personnel du soignants 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organiser l'évacuation médicalisée des femmes
Améliorer l'acceptabilité des services par la population	<ul style="list-style-type: none"> ○ Organisation de trois campagnes médiatiques d'information des populations sur : <ul style="list-style-type: none"> - La pratique et problèmes autour des accouchements - La fréquentation des centres de santé - Le système de partage des coûts - Les droits et devoirs de l'utilisateur 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faible implication des hommes lors des activités de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trouver des stratégies pour améliorer l'implication des hommes lors des activités de sensibilisation

Objectifs	Points positifs	Points à améliorer	Leçons / Perspectives
Améliorer l'accessibilité financière des services	<ul style="list-style-type: none"> ○ Volonté politique au niveau décentralisé (commune de Ouaga et province du Kadiogo) pour agir pour améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Non prise en compte des urgences médicales pédiatriques ou chirurgicales dans le système de partage des coûts ○ Nécessité pour le fonctionnement du système de partage des coûts d'infrastructure (local) d'équipements (ordinateurs) et de personnel (agent social, agent de recouvrement, agent chargé du suivi) ○ Faible niveau d'information de la population et des agents de santé ○ Dysfonctionnement liés à des ruptures au niveau des médicaments et consommables et à des pannes au niveau du bloc ○ Coûts de cotisation trop élevés pour certaines structures 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prévoir une fois le système de partage des coûts des urgences obstétricales bien fonctionnel son extension aux urgences chirurgicales, pédiatriques et médicale ○ Bien organiser le système de partage des coûts du DS de Pissy de manière à garantir sa pérennité

Domaine 3 : Suivi et évaluation du projet, coordination entre les différents acteurs, diffusion des résultats

Objectifs	Points positifs	Points à améliorer	Leçons / Perspectives
Evaluer le bon déroulement du projet et des résultats obtenus	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboration d'indicateurs communs (processus et résultats) en début du projet ○ Elaboration d'une grille de critères de qualité des prestations 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exploitation efficace de la grille des critères de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Motiver les agents pour la recherche de la performance
Améliorer l'utilisation de l'information sanitaire au niveau du district	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inscription du responsable CISSE du district à un cours par correspondance en épidémiologie et méthodes statistiques 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le responsable CISSE n'a pas envoyé toutes ses évaluation, son cours n'a donc pas été validé ○ Forte mobilité des responsables du poste de recherche opérationnelle en SR 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Faire comprendre aux agents l'importance de la formation continue et les motiver à s'engager dans le processus sans systématiquement en attendre des avantages financiers immédiats (perdiems)
Assurer une concertation et une coordination entre les différents acteurs	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tenue de deux réunions du comité de concertation et de coordination ○ Mise en place de réseaux informels (ROMEIO) autour des grands axes d'intervention du projet 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Régularité de la tenue des différentes réunions ○ Formalisation des réseaux (ROMEIO) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Assurer un bon niveau d'information de l'ensemble des acteurs

Objectifs	Points positifs	Points à améliorer	Leçons / Perspectives
Mobiliser les autorités sanitaires et les politiques autour de la maternité à moindre risque	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilisation des autorités politiques pour le système de partage des coûts ○ Plaidoyer auprès de plusieurs personnalités lors de manifestations internationales 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disposer de supports de plaidoyer 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Renforcer les compétences des intervenants en techniques de plaidoyer

II / RESULTATS OBTENUS

1. Activités du CMA

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1: Evolution des admissions, accouchements et interventions obstétricales majeures au CMA du secteur 30 de 2002 à 2005.

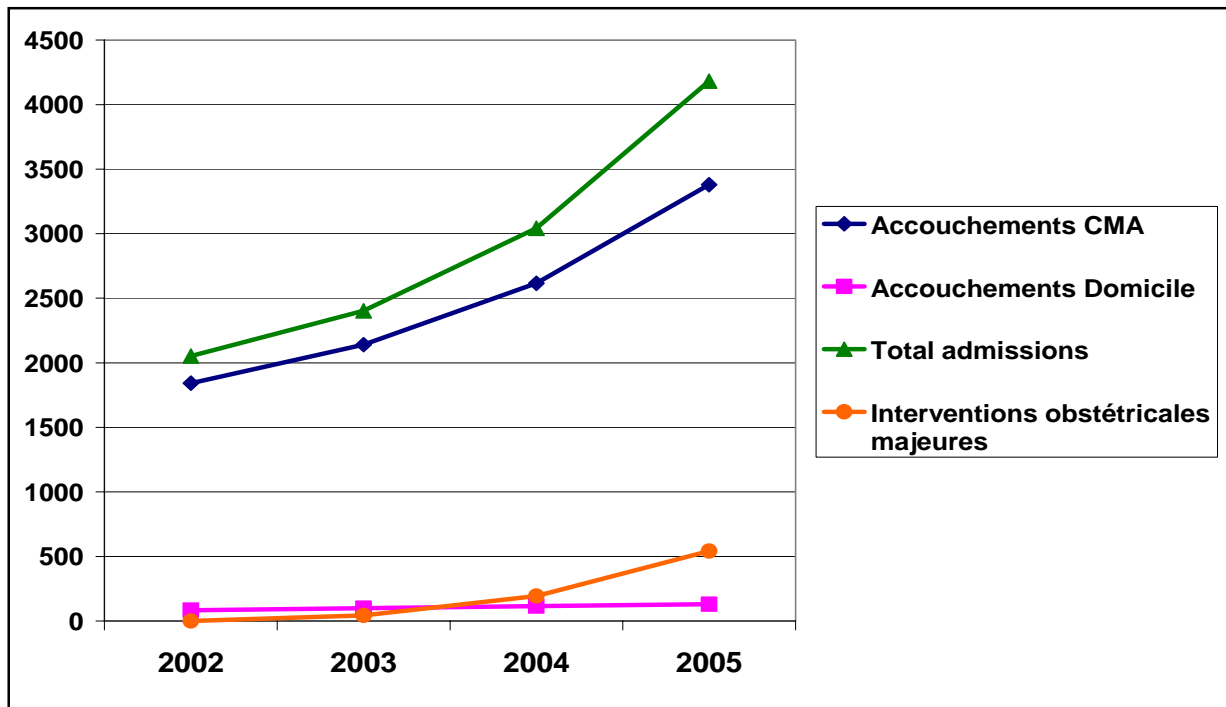


Tableau 2 : Soins obstétricaux essentiels, CMA secteur 30, 2002-2005

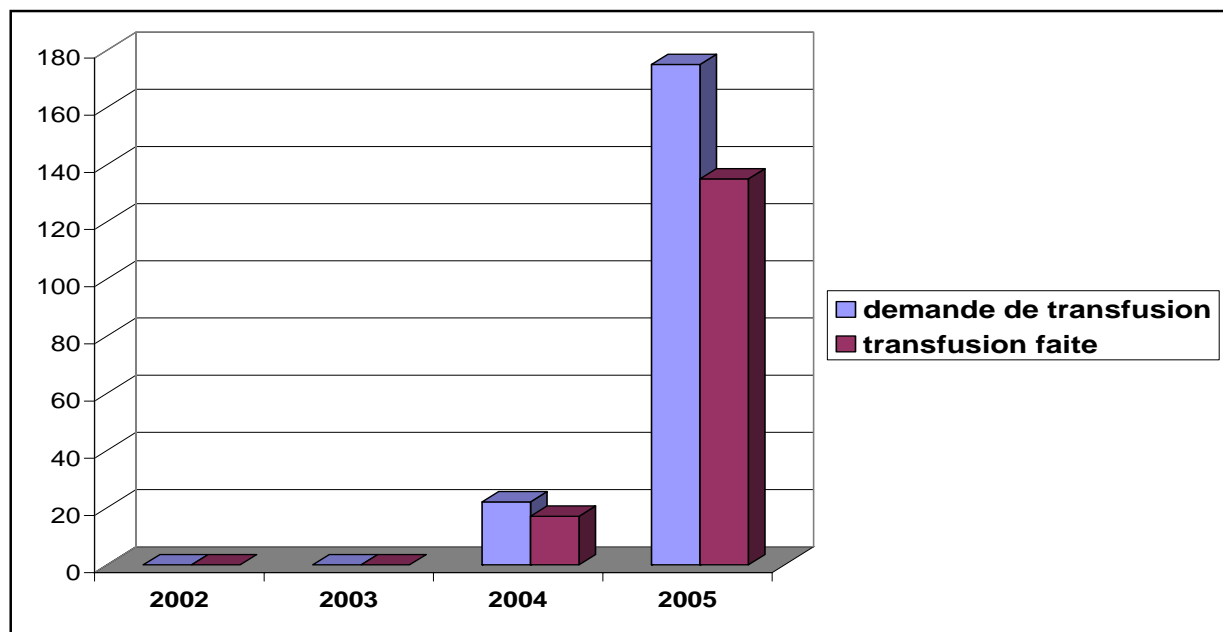
Indicateurs	2002	2003	2004	2005
Taux brut de césariennes (nombre de césarienne/ 100 naissances)	0 % (0/1925)	1,9 % (42/2240)	6,8 % (187/2731)	14,6 % (511/3509)
Taux de césarienne pour indications maternelles	0 % (0/1925)	1,2 % (27/2240)	4,5 % (122/2731)	10,1 % (354/3509)
Taux d'extractions instrumentales (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 YO

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 de 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 Néonataux 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 2 : évolution des transfusions au CMA du secteur 30 de 2002 à 2005

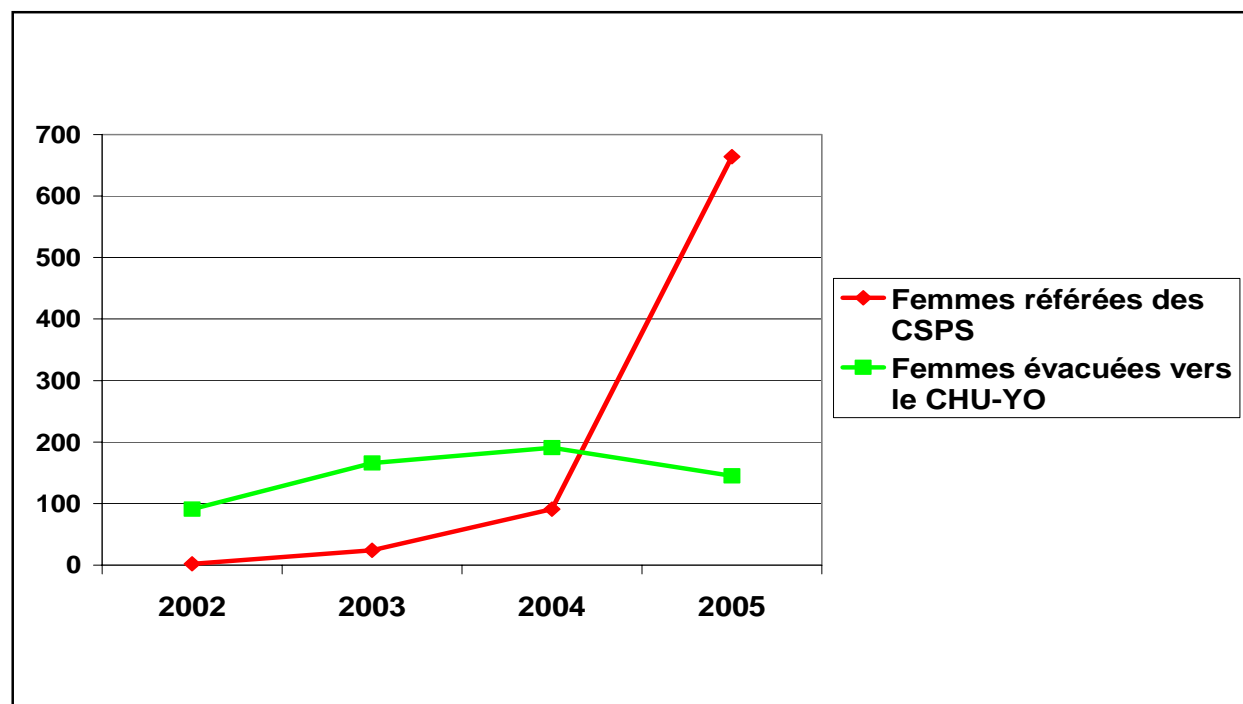


Quant au système de référence / contre référence, on peut dire que le CMA a rempli en 2005 son rôle d'hôpital de référence comme en témoigne l'augmentation des évacuations des CSPS vers le CMA (tableau 3, figure 4). Auparavant la majorité des cas compliqués étaient référés directement vers le CNHU-YO. 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

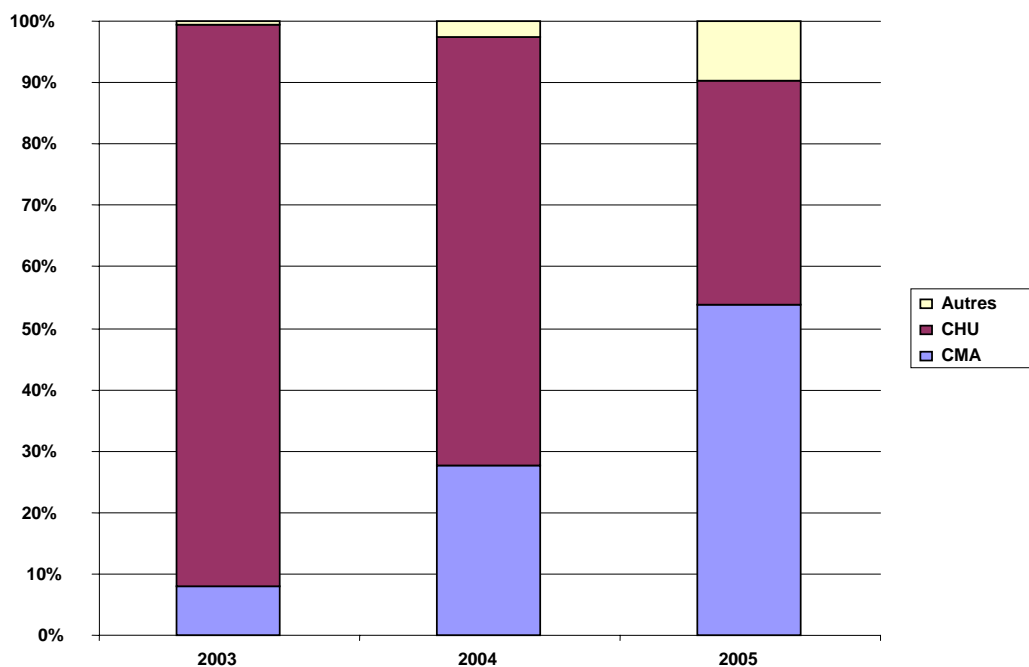


2. Etudes BONC

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) 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%).

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

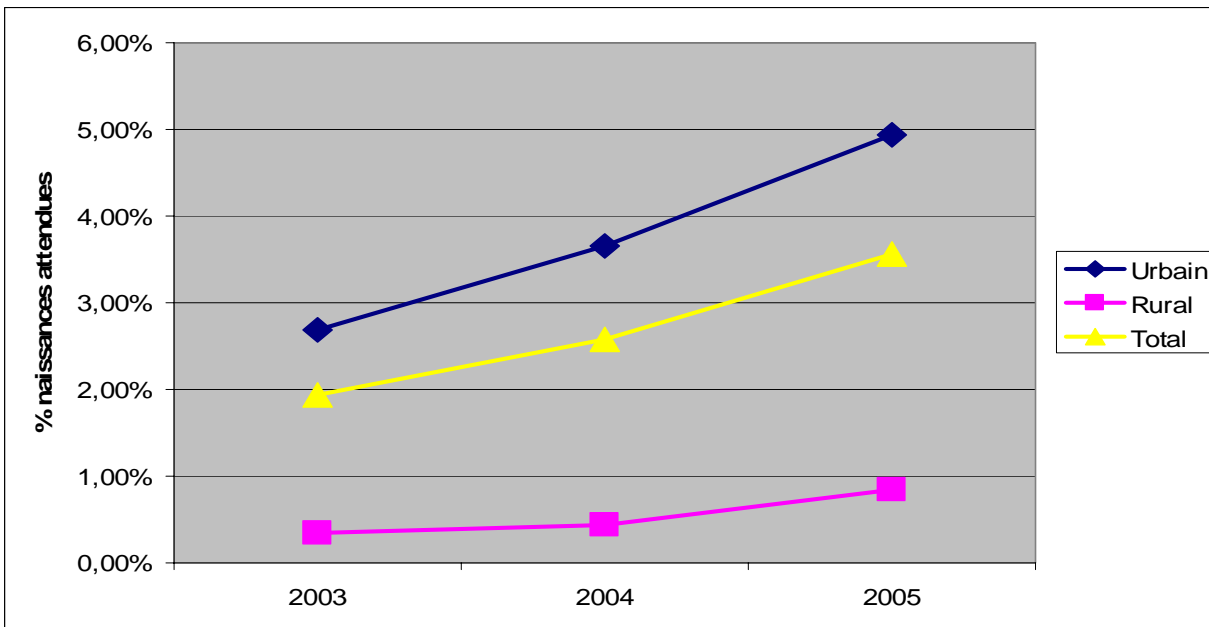
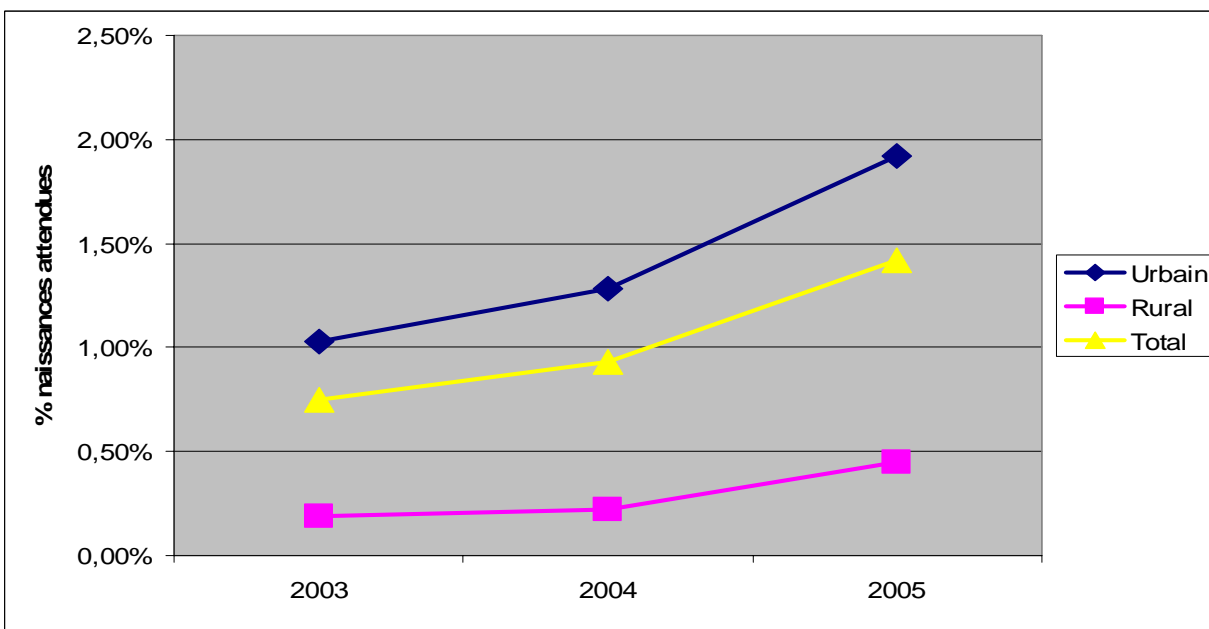


Figure 7 : Evolution des IOM pour IMA pour les femmes du district du secteur 30 (toutes structures confondues) de 2003 à 2005.



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, etc.

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).

3. Qualité des soins

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 les 2^{ème} trimestres 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.

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

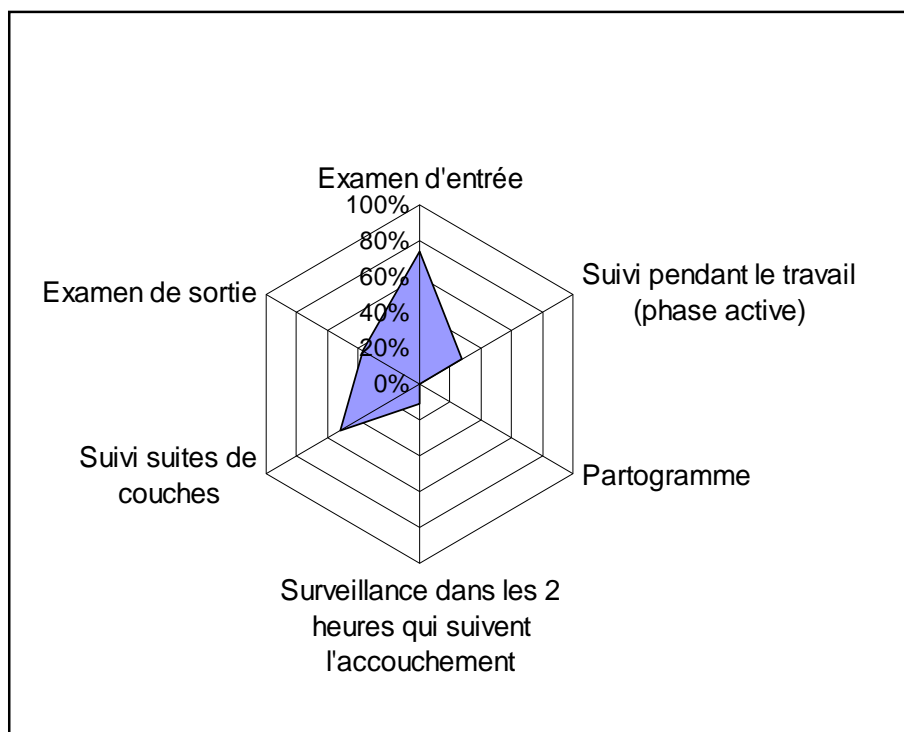


Figure 9 : Critères de qualité du suivi de la phase active, deuxième trimestre 2004, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou

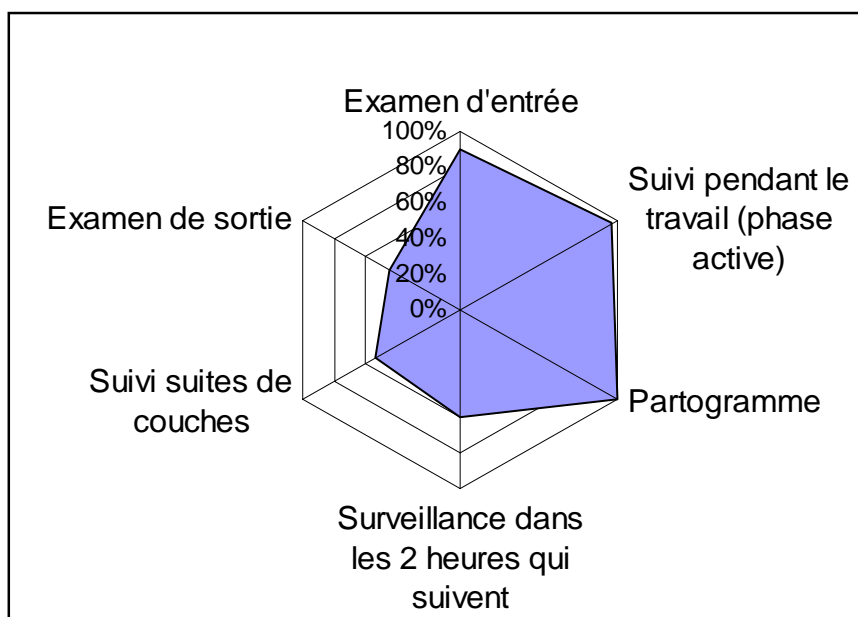


Figure 10 : Critères de qualité du suivi de la phase active, deuxième trimestre 2005, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou

