

**Institut de Médecine tropicale Prince Léopold, Antwerpen**  
**Département de Santé Publique**



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

Projet FSP 2001-149

**Composante 2 – Burkina Faso**

**Rapport annuel d'activités**  
**1<sup>er</sup> Septembre 2002 – 31 Décembre 2003**

Fabienne Richard  
Vincent De Brouwere  
Charlemagne Ouédraogo



## Sommaire

Liste des abréviations .....	4
Introduction .....	5
1. Objectifs du projet.....	5
1.1 Objectif principal global.....	5
1.2 Sous-objectif, composante 2.....	5
2. Activités attendues et réalisées.....	5
2.1 Etape préparatoire, choix du site .....	6
2.2 Analyse de situation et d'orientation stratégique (volet 2.1) .....	7
2.2.1 Analyse de situation et propositions opérationnelles .....	7
2.2.2 Elaboration d'un document opérationnel préparatoire .....	8
2.2.3 Tenue d'une conférence de consensus .....	8
2.2.4 Finalisation du document opérationnel.....	8
2.3 Renforcement des capacités opérationnelles du système de santé obstétrical et néonatal (volet 2.2) .....	9
2.3.1 Réalisation d'activités de formation .....	9
2.3.2 Elaboration de règles de conduites diagnostiques et thérapeutiques... ..	10
2.3.3 Mise en place de systèmes de référence .....	11
2.3.4 Promotion de mécanismes de financement solidaire .....	12
2.3.5 Fourniture de matériel et d'équipement médico-obstétrical .....	12
2.4 Suivi, Evaluation et management (volet 2.5).....	13
2.4.1 Elaboration d'outils de suivi et d'évaluation des activités cliniques .....	13
2.4.2 Elaboration d'indicateurs de fonctionnement.....	14
2.4.3 Concertation régulière entre les agences d'appui techniques et les responsables et sanitaires .....	14
2.4.4 Réalisation d'un rapport de synthèse annuel.....	15
3. Propositions opérationnelles pour l'année suivante .....	15
3.1 Volet qualité des soins .....	16
3.2 Volet système de référence .....	16
3.3 Volet Suivi-Evaluation .....	16
4. Annexes .....	17

## Liste des abréviations

AA	Accoucheuse Auxiliaire
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
CHN-YO	Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo
CISSE	Centre d'Informations Sanitaires et de Surveillance Epidémiologique
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
COGES	Comité de Gestion
CPN	Consultation Périnatale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
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
IGB	Institut de Géographie du Burkina
IMT	Institut de Médecine Tropicale
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
MAE-F	Ministère des Affaires Etrangères Français
SAGO	Société Africaine de Gynécologie Obstétrique
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SF	Sage-Femme
SIS	Système d'Information Sanitaire
STEP-BIT	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Bureau International du Travail

## Introduction

Le rapport annuel ci-dessous concerne spécifiquement les activités de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers dans la cadre de la composante 2 du projet AQUASOU (Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins Obstétricaux Urgents) au Burkina Faso. La période couverte par le budget de la première année a été étendue à décembre 2003. Ce rapport d'activité couvre la même période, soit septembre 2002 à décembre 2003. Il reprend les différentes étapes du projet déjà réalisées et les difficultés et contraintes rencontrées. Sont présentées ici les différentes missions au Burkina, l'analyse de situation, la tenue de la conférence de consensus et le lancement des premières activités. Le détail de ces différentes activités sont décrites dans les rapports de visites (Septembre 2002, Mai 2003, Juillet 2003 et Décembre 2003) et le rapport de la réunion de consensus (Mai 2003) attachés dans les annexes 2-6. Les propositions opérationnelles pour l'année suivante sont présentées.

## 1. Objectifs du projet

### 1.1 Objectif principal global

Le projet AQUASOU d'une durée de 3 ans (2003 – 2005), a pour objectif principal d'améliorer la qualité et l'accès à des soins obstétricaux d'urgence (SOU) 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).

### 1.2 Sous-objectif, composante 2

La composante 2 se déroule dans quatre pays: le Bénin, le Cameroun, le Sénégal et le Burkina Faso.

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

L'IMT est responsable du développement des activités de Santé Publique au Burkina Faso.

## 2. Activités attendues et réalisées

Trois partenaires sont impliqués dans la composante 2 au Burkina Faso: l'Institut de Médecine Tropicale, Anvers (Belgique); l'Institut de Recherche pour le Développement, Marseille (France) et Equilibres & Populations, Paris (France).

La composante 2 est divisée en **quatre grands volets d'activités**. Nous repreneons ici la classification utilisée dans le document de projet:

Volet 2.1 : Phase d'analyse de situation et d'orientation stratégique dans chaque zone géographique retenue.

Volet 2.2 : Renforcement des capacités opérationnelles des éléments constitutifs du système de santé obstétrical et néonatal dans chaque zone géographique retenue.

Volet 2.3 : Mobilisation des acteurs locaux et des populations pour garantir le succès et la pérennité du programme dans chaque zone géographique retenue.

Volet 2.4 : Amélioration qualitative de l'offre de santé via les relations entre personnels soignants et usagers des services dans chaque zone géographique retenue.

Volet 2.5 : Suivi, évaluation et management dans chaque zone géographique retenue

Certains volets (volets 2.1 et 2.5) concernent les trois partenaires, les autres sont plus spécifiques à chaque partenaire même s'il existe des liens et des synergies entre eux. Dans notre compte-rendu des activités réalisées, nous reprenons les volets qui concernent directement l'IMT, soient les volets 2.1, 2.2 et 2.5, en résumant pour chaque étape le degré de réalisation des activités attendues. Avant le lancement des activités, il a fallu décider du choix du pays et des sites d'implantation du projet, nous commençons donc notre revue par ce point.

## **2.1 Etape préparatoire, choix du site**

Une mission conjointe IRD-IMT a eu lieu en septembre 2002 afin de voir si le Burkina remplissait les conditions nécessaires pour bénéficier de la composante 2 et d'identifier les structures qui pourraient être les sites du projet.

Le comité de coordination du FSP a décidé de retenir le Burkina Faso lors de sa réunion à Paris le 16 décembre 2002. Le document de projet prévoyait plusieurs maternités de référence par pays. Deux sites avaient été envisagés au Burkina lors de la mission exploratoire: le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) du district du secteur 30 et la maternité de Houndé. Un seul site a été finalement retenu, le district sanitaire du secteur 30. Compte tenu de l'ampleur du travail à réaliser pour organiser le réseau de soins autour de la maternité de référence et de la taille de la population desservie (400.000), il est apparu préférable de ne pas disperser les efforts et le budget limité pour chaque pays.

Quatre éléments principaux ont justifié le choix de ce site :

- la présence d'un gynécologue compétent et engagé, le docteur Charlemagne OUEDRAOGO, ancien responsable de l'étude MOMA à Ouagadougou, qui souhaitait vivement participer au développement de cette composante 2. Ce gynécologue obstétricien a par ailleurs bénéficié d'une bourse de formation de la coopération française. Collaborer avec lui pour ce projet apparaît comme une excellente continuité à l'investissement consenti pour sa formation.
- le soutien de la coopération italienne qui a financé l'équipement d'un nouveau bloc opératoire
- la volonté exprimée du ministère de la santé qui a comme promis, affecté le personnel requis à ce nouveau bloc
- l'engagement montré par Madame le maire de l'arrondissement de Bogodogo où se situe le CMA du district du secteur 30 et sa volonté de mobiliser les femmes de la commune en vue de structurer le dialogue avec l'équipe du CMA.

Le district sanitaire du secteur 30 est l'un des 4 districts que compte la région sanitaire du Centre. Il est situé dans la zone Sud-Est de la province du Kadiogo. Sa population réactualisée pour 2003 est de 425 093 habitants.

Le district compte 24 CSPS dont 19 avec maternité fonctionnelle, 3 dispensaires, 3 centres médicaux fonctionnels et un CMA.

Du point de vue couverture, 84% de la population du district vit dans un rayon de 5 km d'une structure sanitaire.

Le centre médical avec antenne chirurgicale encore appelé hôpital de District, offre des prestations spécialisées (Pédiatrie, ORL, Ophtalmologie, Cardiologie, Gynéco-Obstétrique) et un service de médecine générale renforcé par des hospitalisations.

## **2.2 Analyse de situation et d'orientation stratégique (volet 2.1)**

### **2.2.1 Analyse de situation et propositions opérationnelles**

*Activité attendue:*

*Réalisation d'une analyse de situation complète et détaillée des zones sanitaires concernées comprenant un descriptif des principaux indicateurs en santé maternelle et néonatale, la réalisation d'audit des pratiques et dysfonctionnements médico-obstétricaux, l'évaluation des ressources humaines et matérielles existantes, la mesure des principales aspirations en matière d'accouchements et de soins obstétricaux des populations concernées sera effectuée, ainsi qu'un état des lieux des différentes formes de structuration des populations (groupements de femmes)*

L'analyse de situation pour le volet Santé Publique a été initiée depuis plusieurs mois et menée sur place par le Dr Charlemagne Ouédraogo. Le calendrier suivant retrace les différentes étapes de la démarche.

Novembre 2002	Plusieurs séances de travail IMT-ULB pour élaborer une première grille d'analyse de situation.
Janvier 2003	Groupe de travail lors du congrès de la SAGO pour se mettre d'accord sur une grille commune pour les 4 pays de la composante 2. Envoi de la grille des données à collecter au Dr Charlemagne Ouédraogo le 24.01.03
Février 2003	Mission de V. De Brouwere au Burkina pour IMMPACT qui profite de sa mission pour compléter la collecte des données.
Mars 2003	Début de l'analyse BONC. Admissions au CHN-YO du 1 <sup>er</sup> Octobre 2002 au 31 mars 2003. Rédaction du premier manuscrit d'analyse de situation (28.03.03).
Avril 2003	Rédaction du deuxième rapport d'analyse de situation (28.04.03). Envoi de documents (INSD) à l'équipe de l'IMT. Début de la visite systématique par le Dr Ouédraogo avec l'équipe de l'IRD de toutes les maternités du district sanitaire.
Mai 2003	Synthèse des informations recueillies avec l'équipe de l'IMT et présentation des premiers résultats de l'analyse de situation à la réunion de consensus.
Juin-Septembre 2003	Collecte d'informations manquantes pour compléter l'analyse.
Novembre 2003	Finalisation du rapport d'analyse de situation par l'IMT

Un résumé de l'analyse de situation a été présenté lors de la réunion de consensus. La totalité des éléments sont repris dans le document final qui comprend également l'analyse des autres partenaires (IRD et E&P) pour donner une image globale du contexte.

## 2.2.2 Elaboration d'un document opérationnel préparatoire

*Activité attendue:*

*Elaboration d'un document préparatoire intitulé "Analyse situationnelle en matière de santé maternelle et néo-natale; propositions opérationnelles en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néo-natale" pour chaque zone géographique retenue.*

Des propositions opérationnelles ont été faites par les institutions d'appui pour être débattues lors de la réunion de consensus. Elles ont été présentées et distribuées aux participants de la réunion de consensus (annexe : rapport de la réunion de consensus).

## 2.2.3 Tenue d'une conférence de consensus

*Activité attendue:*

*Tenue d'une conférence de consensus, sous l'égide de la Direction Régionale de la Santé et des responsables politiques régionaux, où seront débattus les résultats et surtout les propositions opérationnelles issues de l'évaluation initiale, les aspirations et souhaits des communautés urbaines et villageoises, les demandes des professionnels de la santé, cela tout en tenant compte des contraintes politiques, administratives et financières, régionales et nationales des pays considérés.*

Cette réunion de consensus s'est déroulée le 6 mai 2003. Y étaient conviés les différents acteurs concernés: représentants des autorités sanitaires (Equipe Cadre du District, Direction Régionale de la Santé du Centre, Direction de la Santé de la Famille), représentants politiques (commune de Bogodogo, Haut commissariat), partenaires du district sanitaire (UNICEF, CECI, Coopération italienne), associations féminines, associations d'usagers, sociétés savantes (Association Burkinabé des Sages-Femmes, Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina), représentant du SCAC, personnel du CMA et des CSPS, représentants de COGES. Au total une quarantaine de personnes ont participé à cette réunion.

Un rapport complet de la réunion a été rédigé et distribué aux différents acteurs (annexe 6).

La réunion de consensus a permis aux acteurs nationaux et aux institutions d'appui de faire connaissance. La présence et la bonne participation des participants au cours des ateliers sont encourageantes pour la suite du projet.

Cependant, en particulier pour le volet accès et la mise en place d'un système de partage des coûts, l'adhésion de tous les acteurs au système est primordiale pour la faisabilité et la pérennité du projet. Compte tenu de l'absence de certains acteurs (préfets, COGES qui n'ont pas pu être tous invités lors de cette première réunion), il faut considérer que les débats de la réunion de consensus sont un premier pas. La représentativité partielle a permis de choisir l'approche, mais d'autres rencontres (individuelles ou en groupe) sont à prévoir pour l'opérationnalisation du système.

**Comment [VDB1]:** Et quoi d'autre ? je veux dire, peux-tu résumer en une phrase ou deux les résultats de cette réunion ?

## 2.2.4 Finalisation du document opérationnel

*Activité attendue*

*Modification et finalisation du document opérationnel en tenant compte des éléments apportés au cours de la Conférence de consensus ; adoption d'un échéancier détaillé, incluant les différents volets opérationnels et les appuis techniques correspondants.*

Suite à la réunion de consensus, les trois institutions d'appui se sont réunies pour se mettre d'accord sur les prochaines activités et programmer les visites de terrain. Il a été décidé dans un premier temps de focaliser nos interventions sur la



maternité de référence, le CMA du secteur 30, et sur deux maternités périphériques, les maternités des CSPS de Koubri (milieu rural) et du Secteur 15 (milieu urbain). Un échéancier des activités a été réalisé par les trois partenaires. Le document de programmation est en cours de réalisation.

### **Contraintes – Difficultés rencontrées**

#### *Données du système d'information sanitaire peu fiables et incomplètes*

Au cours de l'analyse de situation, nous avons été confrontés à la faible de qualité des données du SIS et à l'impossibilité d'utiliser les fichiers informatiques existants pour faire l'analyse de l'utilisation et de l'activité des structures. Ceci a entraîné beaucoup de retard pour obtenir les données et a limité l'analyse.

#### *Coordination entre les différents partenaires*

Si un des atouts de ce projet est la multidisciplinarité des partenaires, coordonner le travail des différents partenaires n'est pas toujours simple ni rapide. Nous avons en effet fait le choix de présenter des documents communs (analyse de situation, document de programmation) puisque nos actions sont complémentaires.

### **Réalisation des objectifs pour le volet 2.1**

	Résultats directs attendus	Degré de réalisation
1	<b>Document d'Analyse de situation</b>	<b>Fait</b>
2	<b>Tenue d'une conférence de consensus</b>	<b>Fait</b>
3	<b>Document de programmation</b>	<b>En cours de réalisation</b>

## **2.3 Renforcement des capacités opérationnelles du système de santé obstétrical et néonatal (volet 2.2)**

### *Contexte:*

Avant de parler des activités réalisées, il est important de préciser les capacités opérationnelles actuelles du CMA. Le bloc opératoire, jusque là, non opérationnel a pu ouvrir le 1<sup>er</sup> Août 2003 grâce notamment au matériel fourni par la coopération italienne (pour le mobilier) et l'UNICEF (boîtes de césarienne). La Direction Régionale de la Santé a également montré son engagement par l'affectation de deux médecins généralistes et d'un deuxième gynécologue, le Dr Kaboré Issaka .

### **2.3.1 Réalisation d'activités de formation**

#### *Activité attendue*

*Réalisation d'activités (régulièrement organisées tout au long du programme) de formation/recyclage des divers personnels de santé (sage-femme, infirmière-accoucheuse, aide-soignante, infirmière-anesthésiste, médecin et gynécologue-obstétricien, pédiatre, agent de santé) amenés à recevoir, orienter, diriger et prendre en charge médicalement et chirurgicalement les parturientes.*

Suite à l'analyse de situation et aux journées d'observations dans les trois maternités retenues (CMA, Koubri, Secteur 15), des activités prioritaires de formation ont été retenues à l'intention du personnel qui réalise les accouche-

ments:

- réanimation du nouveau-né
- usage de l'ocytocine
- usage du partogramme

Il a été prévu d'organiser ces formations sous forme d'ateliers dans les locaux du CMA. Nous allons organiser ces ateliers en partenariat avec *Maternal & Neonatal Health*, qui a déjà organisé du 9 au 13 juin 2003 un atelier national de mise à jour des connaissances en santé maternelle et néonatale, basé sur l'évidence scientifique, auquel le Dr Charlemagne Ouédraogo a participé.

Une première formation du personnel sur l'utilisation du partogramme et la délivrance dirigée a été organisée le 25 Novembre 2003 dans les locaux du CMA. Elle a concerné les sages-femmes et auxiliaires accoucheuses des maternités du secteur 15, du secteur 28 et du CMA. On pourra noter cependant une faible participation du personnel du CMA. Les absentes ont eu une formation au cours des gardes par celles qui avaient suivi la formation. Si on note une augmentation du remplissage du partogramme, l'observation des pratiques et les staffs quotidiens montrent que le partogramme n'est pas utilisé comme un outil pour diagnostiquer et prendre en charge les problèmes mais comme une contrainte imposée par l'autorité médicale (il est souvent rempli a posteriori pour faire plaisir au médecin qui le contrôle au staff du matin). Un gros travail reste à faire avec les sages-femmes sur l'intérêt et l'utilisation du partogramme. Plus qu'une formation, c'est tout un débat qui doit s'engager avec le personnel sur leur rôle et sur la conscience professionnelle.

Le Dr Ouédraogo se charge personnellement de la formation pratique des médecins généralistes aux actes de chirurgie obstétricale.

Des staffs quotidiens ont été instaurés en Août 2003. Tous les matins à 8h, les dossiers des dernières 24h sont passés en revue et les problèmes rencontrés avec l'équipe de garde sont discutés. Un cahier de staff reprend les discussions et les problèmes soulevés.

Un programme de sortie de supervision a été établi jusqu'en décembre 2003 sur les maternités du secteur 15 et de Koubri. L'équipe est composée de: Dr Konseimbo Arnaud (Médecin, CMA secteur 30), Bazié David (CISSE, ECD Secteur 30), Mme Akotionga Jeanne (sage-femme maîtresse CMA secteur 30), Mme Zongo Rita (sage-femme CMA secteur 30), Mme Tiendrebeogo Awa (Sage-femme responsable maternité secteur 15). Il y a eu 8 sorties en 2003, à chaque sortie il y avait au moins deux personnes de l'équipe de supervision.

### **2.3.2 Elaboration de règles de conduites diagnostiques et thérapeutiques**

*Activité attendue:*

*Élaboration de règles de conduites diagnostiques et thérapeutiques appropriées aux conditions/contraintes existant localement - développement de la notion de « soins obstétricaux essentiels de qualité » (césarienne, délivrance artificielle, curetage utérin) ; l'accent sera mis sur la notion de responsabilité médico-chirurgicale vis-à-vis des femmes enceintes amenées et/ou transférées en état d'urgence obstétricale.*

Cette activité est liée à la composante 1. Il était prévu pour cette partie de s'appuyer sur les Recommandations de Pratique Clinique (RPC), que la compo-

sante 1 doit produire. Or les activités de la composante 1 ont pris du retard et les RPC ne seront pas disponibles avant fin 2004. Afin de ne pas retarder les activités de la composante 2, nous avons décidé d'élaborer des règles de conduites cliniques à partir des documents existants qui se basent sur l'évidence scientifique:

- Protocoles de santé de la reproduction, Ministère de la Santé, Burkina Faso, 1999.
- Prise en charge des complications pendant la grossesse et à l'accouchement, OMS, Genève, 2003
- Atelier national de mise à jour des connaissances en santé maternelle et néonatale, MNH, Burkina Faso, 2003
- Réduire les risques de la Maternité: Stratégies et évidence scientifique, De Brouwere & Van Lerberghe, Antwerpen, 2001

Le Dr Charlemagne Ouédraogo vient de terminer une première ébauche du "Cahier de protocole de soins obstétricaux" pour le CMA du secteur 30. Cette première version est en cours de relecture.

Un des problèmes observés a été le manque de description claire des tâches et responsabilités des différents personnels qui travaillent en maternité (sages-femmes, auxiliaires accoucheuses, filles de salle). L'équipe travaille actuellement sur l'écriture de description de postes des différents personnels.

### 2.3.3 Mise en place d'un système de référence

#### *Activité attendue*

*Mise en place de systèmes de référence assurant la prise en charge et le transfert des parturientes présentant une complication obstétricale, des maternités périphériques vers les maternités de référence possédant un « plateau chirurgical » ; audit et réorganisation stratégique des équipes de garde amenées à recevoir les patientes présentant des urgences et/ou des complications gynécologiques et obstétricales.*

La première condition pour mettre sur pied un système de référence est d'avoir un bloc chirurgical fonctionnel. Le site du secteur 30 a été choisi en décembre 2002 avec l'assurance de l'ouverture prochaine du bloc, mais des retards (livraison de matériel, affectation en personnel) ont eu lieu et la première césarienne a été réalisée le 1<sup>er</sup> Août 2003. Dans un premier temps, en attendant la formation des deux médecins généralistes, le bloc n'est fonctionnel que pendant la journée. Il est prévu de passer à une activité 24h/24 en début d'année 2004.

Concernant maintenant les moyens d'évacuations, pour l'instant aucune ambulance n'est disponible au niveau du secteur 30. Le budget du projet AQUASOU ne permet pas d'acheter une ambulance pour le district, nous devons donc nous appuyer sur d'autres partenaires. Un contrat avec la Coopération Italienne vient d'être signé avec le Ministère de la Santé. Il est prévu dans ce projet une ambulance et des systèmes de communication radio (RAC). En attendant que le matériel soit commandé et livré, l'Equipe Cadre de District pense aménager un pick-up d'occasion, don de la Coopération Italienne, pour servir d'ambulance. Dix motos-ambulances viennent également d'être livrées pour le district.

En ce qui concerne la qualité des soins, des séances d'audit cliniques (cas de décès maternels et cas d'échappées-belles) vont débiter en 2004. Elles permettront d'analyser la qualité de la prise en charge actuelle des urgences au CMA et de proposer des solutions aux dysfonctionnements ou délais de prise en charge observés. Une standardisation des supports d'information pour les références a également été décidée: fiche de référence, fiche d'évacuation, fiche de rétro-information et cahier de référence/évacuation.

Comment [VDB2]: ?

Le dossier obstétrical, élaboré pour le CHU Yalgado, a été mis en place à la maternité du CMA et du secteur 15.

Afin de réduire les délais de prise en charge des kits "accouchement" et "césarienne" ont été préparés.

Les activités de l'IRD concernant la qualité relationnelle des soins, la perception des femmes de leur prise en charge entrent en complémentarité avec les aspects techniques de la prise en charge des urgences. Ainsi des visites à domicile des femmes césarisées au CMA sont organisés par l'IRD, les entretiens étant réalisés par les sages-femmes du service.

### **2.3.4 Promotion de mécanismes de financement solidaire**

*Activité attendue:*

*Mise en place de groupes de réflexion visant la promotion des mécanismes de financement solidaire pour l'accès aux soins obstétricaux de qualité, en concertation étroite avec les populations desservies et leurs représentants.*

Cette activité est liée également aux activités de mobilisation sociale et politique d'Equilibres et Populations.

Lors de la réunion de consensus, les différents acteurs présents se sont mis d'accord sur le principe de mise en place d'un système de partage des coûts du forfait "transport + intervention urgente obstétricale" entre quatre acteurs: les familles, les COGES; l'Etat (ECD et Ministère de la Santé) et les collectivités locales (Haut-Commissariat, Mairie centrale, Mairie d'arrondissement). La dynamique lancée en mai lors de la réunion de consensus a débouchée sur plusieurs réunions de travail sur le sujet. Les COGES du district du secteur 30 se sont déjà rencontrés deux fois en juin et juillet pour aborder la question et les modalités de mise en œuvre. Des réunions avec le préfet et des représentants d'associations se sont tenues dans les départements. Les représentants des collectivités locales se sont réunis à l'invitation d'Equilibres et Populations en juillet et se sont montrés favorables au projet. L'équipe de l'IMT a apporté son appui technique en ce qui concerne l'évaluation du coût moyen du forfait pour une femme référée et opérée, l'estimation du nombre d'évacuations attendues et l'estimation de la somme globale à répartir entre les différents acteurs. Une note technique sur le mode de calcul et une première simulation de partage entre les quatre parties ont été envoyées aux responsables politiques et sanitaires pour servir de base de discussion. Nous espérons en effet que les nouveaux budgets pour 2004 incluront une ligne budgétaire pour le partage des coûts. Le Maire de Ouagadougou a fait part de son intérêt pour le projet. Une visite du Maire de Ouagadougou au CMA est prévue au début de l'année 2004. A cette occasion, les différents personnels du secteur 30 et les représentants de la population seront mobilisés.

### **2.3.5 Fourniture de matériel et d'équipement médico-obstétrical**

*Activité attendue:*

*Fourniture de matériel et d'équipement médico-obstétrical adapté aux pratiques spécifiques des différents niveaux de la pyramide obstétricale (maternités périphériques, maternités régionales et maternités de référence).*

Le Dr Charlemagne Ouédraogo nous a remis fin juillet une liste de matériel comprenant du petit matériel chirurgical pour les maternités des CSPS (boîtes d'accouchements et boîtes de sutures du périnée), du matériel pour la maternité du CMA (ventouse, cardio-tocographes, tensiomètres), et du matériel d'anesthésie

(laryngoscope, cardioscope + oxymétrie de pouls, dynamap). La commande est en cours.

### **Contraintes – Difficultés rencontrées**

#### *Problème de coordination et d'échéances entre les différentes composantes*

Certains volets de la composante 2 sont liés aux autres composantes du Projet AQUASOU. Pour les recommandations de pratiques cliniques, qui devaient être délivrés par la composante 1, nous devons si nous ne voulons pas perdre trop de temps élaborer nous même les protocoles au niveau des structures pour pouvoir aller de l'avant et commencer les audits obstétricaux. Concernant la composante 3, le comité scientifique chargé de donner son avis sur le protocole du projet s'est réuni après la réunion de consensus du Burkina.

#### *Retard dans la commande de matériel*

La commande n'a pas pu être réalisée avant le 31 Août 2003. Nous avons donc introduit une demande de prolongation au MAE-F de l'année 1 (jusqu'au 31 décembre 2003) afin de permettre la dépense du budget consacré au matériel.

#### *Motivation du personnel*

Les différents professionnels de santé ont actuellement mis en place des systèmes de compensation pour améliorer leurs salaires (vente de médicaments, bakshish, ....). Si dans un système idéal nous voulons arrêter ces pratiques qui pèsent lourd pour les familles, il faudrait remplacer la perte d'argent par des primes officielles, visibles, contrôlables. Nous nous heurtons malheureusement à la réglementation et la circulation de l'argent au sein du système sanitaire. Ainsi les recettes de la vente des kits accouchements et césariennes doivent être reversées au Trésor Public, ce qui coupe l'esprit d'initiative des responsables du CMA. Des démarches auprès du Ministère des finances ont été entreprises par le Dr Ouédraogo pour trouver un arrangement légal possible.

### **Réalisation des objectifs pour le volet 2.3**

Les activités venant de démarrer, nous n'avons pas assez de recul pour mesurer une amélioration de la qualité des soins et du système de référence.

## **2.4 Suivi, Evaluation et management (volet 2.5)**

### **2.4.1 Elaboration d'outils de suivi et d'évaluation des activités cliniques**

#### *Activité attendue:*

*Élaboration d'outils de suivi et d'évaluation des activités spécifiquement cliniques: gynécologiques, obstétricales et pédiatriques (choix d'indicateurs spécifiques et adaptés aux conditions locales ; modalités et échéancier du suivi) .*

Afin de pouvoir comparer les différents sites dans les quatre pays de la composante 2, nous avons décidé d'utiliser le rapport trimestriel d'activités qui a été testé au Sénégal et approuvé lors de la réunion de la composante 1 à Gorée en Juillet 2002.

Afin d'améliorer la qualité du recueil et de l'analyse des données, le projet

AQUASOU a financé l'inscription de David Bazié, responsable du SIS du district, au diplôme d'épidémiologie et de méthodes statistiques de l'Université de Bordeaux (ISPED). C'est une formation à distance via Internet avec un examen final.

## **2.4.2 Elaboration d'indicateurs de fonctionnement**

*Activité attendue:*

*Élaboration d'indicateurs de fonctionnement (discussion avec les professionnels et administratifs concernés du choix des indicateurs et de leurs modalités d'application). Échéancier et modalités pratiques de diffusion des indicateurs retenus.*

L'enquête d'analyse situationnelle post-MOMA, proposée aux pays de la SAGO, sera renouvelée tous les ans. En plus des activités cliniques, elle contient des indicateurs de fonctionnement (disponibilité des médicaments, tenue d'audit) et de ressources.

### **Indicateurs mesurant l'utilisation des services**

Des indicateurs d'utilisation des services seront mesurés (% de femmes enceintes ayant au moins une fois consulté à la CPN, % de femmes accouchées par un accoucheur ou une accoucheuse qualifiés).

Une étude des Besoins Obstétricaux Non Couverts sur le secteur 30 pour mesurer le taux d'Intervention Obstétricale Majeure pour Indication Maternelle Absolue (IOM/IAM) et de comparer les résultats avec les études précédentes est actuellement en cours.

### **Indicateurs mesurant la qualité des services**

Des indicateurs de qualité des soins seront utilisés comme le taux de létalité des complications maternelles, le taux d'infections nosocomiales, la disponibilité en médicaments sentinelles (jours de rupture de stock).

La qualité des soins sera également évaluée à travers des critères prédéfinis de qualité des soins qui pourront être mesurés tous les 3 mois à partir des dossiers cliniques. Une première grille a été élaborée sur la qualité du suivi avant et après l'accouchement. L'exercice a déjà été mené au CMA sur 30 dossiers du 2<sup>ème</sup> trimestre 2003.

La tenue des audits permettra de suivre l'évolution des dysfonctionnements soulevés lors des séances et d'étudier les différents délais entre l'admission et le traitement spécifique (délais entre arrivée et diagnostic, délais entre décision d'une césarienne et l'intervention, délais entre arrivée et traitement spécifique, etc...).

### **Indicateurs mesurant le fonctionnement du système de référence/évacuation**

La mise en place de cahier de référence/évacuation et de fiche de référence/évacuation et de rétro-information permettra de mesurer différents paramètres comme le pourcentage d'observance (femmes référées au CMA qui sont réellement arrivées), le pourcentage de références/évacuation pour une bonne indication, les délais entre la décision d'évacuer et l'arrivée à l'hôpital.

## **2.4.3 Concertation régulière entre les agences d'appui techniques et les responsables et sanitaires**

*Activité attendue:*

*Concertation régulière entre les agences d'appui techniques et les responsables politiques et sanitaires des pays concernés (un bureau de management de type « collégial » sera mis en place incluant les responsables des agences techniques françaises et les responsables politiques et sanitaires régionaux et/ou nationaux).*

Une cellule de veille sur la santé maternelle a été instaurée dans le cadre du projet AQUASOU par Equilibres et Populations lors de sa visite de juillet 2003. Elle comprend le Haut-Commissaire, le Maire Central de Ouagadougou, le Maire d'arrondissement, le Directeur Régional de la Santé, le Médecin-Chef de District et la Directrice de la Santé de la Famille. Ce groupe s'est déjà réuni pour discuter du partage des coûts et de son application opérationnelle. Des contacts sont effectués par les agences d'appui lors de chaque mission au Burkina auprès des responsables politiques et sanitaires burkinabé, ainsi qu'auprès des responsables du SCAC.

#### 2.4.4 Réalisation d'un rapport de synthèse annuel

*Activité attendue:*

*Réalisation d'un rapport de synthèse à la fin de chacune des trois années (résultats globaux, difficultés et contraintes, propositions opérationnelles pour l'année suivante).*

Cette étape est réalisée par ce présent rapport.

##### **Contraintes – Difficultés rencontrées**

###### *Faiblesse du système d'information sanitaire actuel*

Lors de l'analyse de situation nous avons pu vérifier que les données disponibles au niveau du district sous forme électronique sont incomplètes ou parfois erronées. Il va donc falloir au préalable faire un travail de standardisation des outils de recueil au niveau des structures, une formation du personnel à la saisie des données lors de leur rapport mensuel et enfin contrôler la qualité d'enregistrement ensuite des registres mensuels au niveau de l'ECD. Sans l'assurance de qualité du SIS, le calcul des différents indicateurs n'aura guère de valeur.

###### *Comparaison avec les autres pays*

Dès le départ il a été convenu que les quatre pays où se déroule la composante 2 puissent être comparés. Cela implique d'avoir des indicateurs communs. Ce travail avec les partenaires de santé publique des autres pays (Bénin, Cameroun, Sénégal) et les partenaires de la composante 1 a été fait lors d'une réunion à Bruxelles, le 28 Novembre 2003. Une prochaine réunion de travail sur les indicateurs est prévue le 8 Janvier 2004 à Paris.

##### **Réalisation des objectifs**

	Résultats directs attendus	Degré de réalisation
1	<b>Rapport d'activité mensuel</b>	<b>Fait (au niveau des structures de santé)</b>
2	<b>Organisation de réunion semestrielle entre les responsables des agences techniques et les responsables politiques et sanitaires</b>	<b>Fait (lors des visites terrain)</b>
3	<b>Rapport annuel de synthèse</b>	<b>Fait</b>

### 3. Propositions opérationnelles pour l'année suivante

*Le résumé des activités prévues est repris dans le chronogramme en annexe 1.*

### **3.1 Volet qualité des soins**

Des activités de formation intra-muros, démarrées en 2003, sur les besoins identifiés (usage de l'ocytocine, réanimation du nouveau-né) vont être organisées au niveau du CMA du secteur 30. Des audits cliniques internes vont être mis en place (la méthodologie a été définie mais le type de cas à auditer sera choisi avec l'équipe en fonction des problèmes jugés prioritaires à ce moment: cas d'hémorragie, cas de mort-nés, etc...). Nous comptons par ce processus participatif initier un processus d'auto-évaluation et un dialogue avec les professionnels sur les pratiques et l'éthique. Des réunions entre personnel de la maternité puis entre personnel et usagers seront également organisées (en partenariat avec l'IRD et E&P) afin de confronter les prestataires avec les familles et leur perception des soins prodigués.

Les recommandations de pratiques cliniques qui devaient être proposées par la SAGO n'étant pas prêtes, des protocoles de soins seront établis à partir des guides de bonnes pratiques existants.

Les visites de supervision des CSPPS démarrées en 2003 seront également poursuivies.

Il est également prévu d'instaurer un système de stage annuel des sages-femmes et auxiliaires accoucheuses des maternités périphériques à la maternité du CMA du secteur 30, afin qu'elles bénéficient d'un recyclage en matière de certains actes obstétricaux (révision utérine, suture d'épisiotomie, etc...)

Le matériel commandé pour le CMA et les CSPPS devrait être livré au cours du premier trimestre 2004. Un système de suivi et maintenance du matériel sera mis en place.

### **3.2 Volet système de référence**

Concernant l'organisation du système de référence, des fiches et des cahiers de références et contre-références vont être instaurés avec organisation de réunion d'équipes au niveau des CSPPS pour discuter de la rétro-information.

Un travail de lobbying va se poursuivre auprès du Ministère de la Santé et des organismes internationaux pour la mise à disposition d'une ambulance en attendant celle prévue par la coopération italienne.

Concernant le financement des évacuations. Le travail d'information auprès des différents acteurs concernés par le partage des coûts (familles, ECD, Mairie, Haut-Commissariat) va se poursuivre. Une visite du Maire de Ouagadougou au CMA du secteur 30 est prévue en début d'année. Une mission dans les districts de l'Est va être organisée en Février afin de discuter des modalités de fonctionnement avec les équipes qui ont déjà expérimenté ce système.

### **3.3 Volet Suivi-Evaluation**

Suite aux deux réunions de travail sur les indicateurs avec les équipes AQUASOU des autres pays des indicateurs généraux communs ont été arrêtés et vont être mesurés ainsi que des indicateurs spécifiques aux activités de chaque pays.

Une première comparaison des indicateurs communs pourrait être envisagée et présentée lors de la réunion de la SAGO en décembre 2004 au Bénin.



## **4. Annexes**

**Annexe 1. Chronogramme des activités – Projet AQUASOU, Burkina Faso, composante2**

**Annexe 2. Rapport de visite IMT-IRD, septembre 2002**

**Annexe 3. Rapport de visite IMT, mai 2003**

**Annexe 4. Rapport de visite IMT, juillet 2003**

**Annexe 5. Rapport de visite IMT, décembre 2003**

**Annexe 6. Rapport de la réunion de consensus, mai 2003**



# Annexe 1. Chronogramme des activités – Projet AQUASOU, Burkina Faso, composante2

CHRONOGRAMME AQUASOU - BURKINA FASO Composante 2

	Année 2003												Année 2004												Année 2005											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Volet 2.2 Volet santé publique</b>																																				
<b>2.2.1 Formation personnel</b>																																				
<i>Ateliers pratiques intra-muros</i>																																				
<i>Audits obstétricaux</i>																																				
<i>Visites de supervision des CSPS</i>																																				
<i>Réunions d'équipe</i>																																				
<i>Stage annuel du personnel des CSPS au CMA</i>																																				
<b>2.2.2 Elaboration RPC</b>																																				
<i>Définition du PMA en SONU pour chaque niveau</i>																																				
<i>Adaptation des guides existants</i>																																				
<i>Elaboration d'organigrammes à partir des RPC</i>																																				
<i>Diffusion des RPC</i>																																				
<b>2.2.3 Mise en place système de référence</b>																																				
<i>Disponibilité d'une ambulance et RAC</i>																																				
<i>Mise en place fiches et cahier de référence</i>																																				
<i>Protocoles de mise en condition</i>																																				
<i>Guide d'indication de référence/évacuation</i>																																				
<i>Organisation de la référence</i>																																				
<i>Organigramme de l'équipe (rôle, responsabilité)</i>																																				
<i>Description des tâches du personnel</i>																																				
<i>Organisation d'un système de garde 24/24</i>																																				
<i>Gestion stock méd. d'urgence et prod.sanguins</i>																																				
<b>2.2.4 Financement du système de référence</b>																																				
<i>Elaboration proposition de partage des coûts</i>																																				
<i>Concertation entre les différents acteurs</i>																																				
<i>Consensus sur un modèle</i>																																				
<i>Mise en place du partage des coûts</i>																																				
<i>Evaluation trimestrielle (viabilité financière)</i>																																				
<b>2.2.5 Fourniture de matériel</b>																																				
<i>Liste de matériels existants</i>																																				
<i>Commande de matériel pour l'hôpital et CSPS</i>																																				
<i>Réception du matériel</i>																																				
<i>Système de suivi du matériel</i>																																				
<i>Mise en place système de maintenance</i>																																				

