

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 annuel d'activités

1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004

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

Sommaire	3
Liste des abréviations	4
Résumé des activités réalisées du 1/01 au 31/12/2004	5
Introduction	8
1. Objectifs du projet	8
2. Site du projet.....	8
3. Intervenants du projet AQUASOU.....	9
4. Contexte général en 2004	10
5. Activités réalisées	11
5.1 Améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence	11
5.1.1 Améliorer la prise en charge technique des urgences obstétricales et néonatales.....	11
5.1.2 Diminuer les délais dans la prise en charge des urgences se présentant au CMA	14
5.1.3 Améliorer la qualité des interactions soignants-soignés	15
5.1.4 Créer un contre-pouvoir de la société civile	18
5.2 Augmenter l'utilisation des services obstétricaux d'urgence.....	19
5.2.1 Améliorer l'accessibilité géographique.....	19
5.2.2 Organiser le système de référence	20
5.2.3 Améliorer l'acceptabilité des services par la population.....	20
5.2.4 Améliorer l'accessibilité financière des services	23
5.3 Assurer le suivi, l'évaluation du projet, la coordination entre les différents acteurs et la diffusion des résultats	25
5.3.1 Evaluer le bon déroulement du projet et les résultats obtenus.....	25
5.3.2 Améliorer l'utilisation de l'information sanitaire au niveau du district..	26
5.3.3 Assurer une concertation et une coordination entre les différents acteurs	27
5.3.4 Mobiliser les autorités sanitaires et les politiques autour de la maternité à moindre risque	29
6. Résultats	31
6.1 Utilisation des services	31
6.2 Activités du CMA.....	31
6.3 Qualité des soins	36
6.3.1 Critères de qualité	36
6.3.2 Revues de cas.....	37
7. Programmation des prochaines missions et activités.	38
7.1 Prochaines missions	38
7.2 Principales activités programmées pour 2005	38
7.2.1 Qualité des soins.....	38
7.2.2 Accès aux soins.....	38
7.2.3 Suivi - Evaluation	39
8. Remerciements	39
Annexe 1 - Cadre logique AQUASOU - BF.....	40

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
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
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
IMT	Institut de Médecine Tropicale
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LONAB	Loterie Nationale Burkinabé
MAE-F	Ministère des Affaires Etrangères Français
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
SF	Sage-Femme
SIS	Système d'Information Sanitaire
STEP-BIT	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Bureau International du Travail

Résumé des activités réalisées du 1/01 au 31/12/2004

1 Améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence

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

<i>Mettre à disposition du personnel de la maternité les normes en soins obstétricaux</i>	Normes en salle Posters planifiés
<i>Mettre à la disposition des maternités du secteur 30 le matériel manquant afin de prendre en charge les SOU</i>	Commande 1 arrivée Commande 2 en cours
<i>Former le personnel aux gestes de bonnes pratiques</i>	Partogramme 75 AA & SF SOU et prévention infections Prise en charge active de la délivrance
<i>Susciter la réflexion autour de la pratique clinique</i>	Revue de cas couplée au feedback anthropologique Staffs quotidiens

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

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

1.3 Améliorer la qualité des interactions soignants-soignés

<i>Créer un espace de dialogue entre personnel et usagers</i>	Visite aux domiciles des femmes césarisées Février 04: réunions avec groupes de femmes; rencontres usagers-prestataires à partir du septembre 2004
<i>Organiser des groupes de discussion et de réflexion sur les aspects sociaux et déontologiques de l'acte de soin</i>	Observation anthropologique des staffs Rencontres mensuelles thématiques non réalisées
<i>Introduire un module socio-anthropologique dans les études de sages-femmes</i>	Pas introduction mais revitalisation et ajout de stage pratique

1.4 Créer un contre-pouvoir de la société civile

<i>Créer un kit droit pour les usagers</i>	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

<i>Mettre à disposition du CMA au moins une ambulance et des radios pour les CSPS</i>	1er octobre: ambulance de la DRS; Ambulance coopération italienne pour janvier 05
<i>Inciter les autorités locales à améliorer l'état des routes autour du CMA</i>	Fait entre St-Camille et CMA

2.2. Organiser le système de référence

<i>Mettre en place des fiches de références/contre-références dans tout le district</i>	Elaborées et utilisées systématiquement pour évacuation par public et privé. Contre-réf OK à 93%
<i>Former le personnel aux critères de références et aux modalités de la référence</i>	Fait, intégré à la formation au partogramme

2.3. Améliorer l'acceptabilité des services par la population

<i>Informers 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</i>	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
<i>Informers les femmes et leur entourage sur les services existants et sur les signes de danger</i>	En cours
<i>Organiser des rencontres usagers-prestataires pour renforcer la confiance</i>	En cours, 5 réunions déjà organisées

2.4. Améliorer l'accessibilité financière des services

<i>Mettre en place un système de partage des coûts pour les urgences obstétricales</i>	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 F TC (sur 74.000F au total)
--	---

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

<i>Mettre en place des indicateurs de processus et des résultats spécifiques au projet</i>	IGN BONC Critères de qualité et monitoring de la qualité
<i>Faire une synthèse annuelle des activités</i>	Faite

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

<i>Renforcer les capacités du CISSE (Cellule d'informations sanitaires et de surveillance épidémiologique)</i>	Responsable formé (Université Bordeaux) Poste de recherche opérationnelle ouvert
--	---

3.3 Assurer une concertation et une coordination entre les différents acteurs

<i>Organiser des réunions régulières du CCC</i>	1ère réunion en mai 03 2ème le 11.09.04 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

<i>Organiser un temps fort AQUASOU au moment du sommet de la Francophonie à Ouagadougou en novembre 2004</i>	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
<i>Créer une cellule de veille de la mortalité maternelle</i>	Pas nécessaire pour l'instant

Introduction

Ce rapport annuel concerne les activités des trois institutions d'appui impliquées dans la composante 2 du projet AQUASOU (Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence) au Burkina Faso : l'Institut de Médecine Tropicale (Anvers), l'Institut de Recherche pour le Développement (Marseille) et Equilibres et Populations (Paris). Ce rapport d'activités couvre la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2004. 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. Les différentes actions étant synergiques et impliquant souvent deux ou même les trois acteurs à la fois, il a été décidé de réaliser un rapport annuel commun afin de rendre compte de la complémentarité de l'approche. Nous présenterons les activités menées par objectif selon le cadre logique présenté lors du comité scientifique du 14 septembre 2004 (cf. annexe 1) et leurs premiers résultats. Nous présenterons également les propositions opérationnelles et l'échéancier pour 2005 (cf. annexe 3).

1. Objectifs du projet

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).

Sous-objectif, composante 2

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.

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

2. Site du projet

Le site du projet pour le Burkina est **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 2004 à 445 584 habitants¹.

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 institutions suivantes ont été impliquées dans ce programme au cours de l'année 2004.

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

Dr François Lompo, Médecin Chef de District et l'Equipe Cadre sont 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, coordonne les activités sur le terrain. L'IMT a signé un contrat de partenariat avec l'Equipe Cadre du district sanitaire du secteur 30 qui bénéficie 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 est responsable du développement des activités de Santé Publique. L'équipe est 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 sont basés à Anvers et effectuent des visites régulières sur le terrain. Fabienne Richard réside depuis juillet 2004 au Burkina et travaille donc en permanence sur le projet (contrat 40% financé par le MAE-F). Elle bénéficie 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 est chargé des activités socio-anthropologiques du projet AQUASOU. L'équipe IRD est composée de Marc-Eric Gruénais, directeur de recherche, de Fatoumata Ouattara, ingénieur de recherche et de Sylvie Zongo, étudiante et stagiaire à l'IRD. M.E Gruénais et F. Ouattara sont basés à Marseille et effectuent régulièrement des missions pour le suivi des activités liées au projet. S. Zongo, réside à Ouagadougou et assure la réalisation d'études associées au projet. Elle vient notamment de réaliser un mémoire de maîtrise sur les accouchements à domicile.

Outre la réalisation d'enquêtes de terrain (femmes césariées, femmes ayant accouché de mort-né, etc.), l'IRD collabore 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 est chargée des activités de mobilisations politique et sociale. L'équipe responsable du suivi des activités au Burkina est composée de Cyril Wissocq, directeur des opérations (mobilisation politique) et de Dominique Pobel, chargée de programmes (mobilisation sociale). Ils effectuent tous les deux des missions sur le terrain en fonction des besoins.

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

E&P a signé un contrat de partenariat avec l'ASMADE. Mme Juliette Compaoré, la présidente et 3 animateurs de l'association mènent les activités de terrain de mobilisation sociale dans le cadre du projet AQUASOU (enquête auprès familles, réunions usagers-prestataires, réunions d'information sur le partage des coûts, etc.)

Missions conjointes

En 2004, deux missions conjointes (IMT, IRD, E&P) ont pu être organisées : en février et en septembre pour la tenue du Comité de Concertation et de Coordination (CCC du 11 septembre 2004).

Autres missions

Pour E&P : du 20 au 28 novembre 2004 à l'occasion du Sommet de la Francophonie

Pour IMT : Dominique Dubourg du 1^{er} au 8 mai 04, Vincent De Brouwere du 30 avril au 5 mai 04, le 21 juin 04 et du 10 au 15 décembre 04.

Pour IRD : Fatoumata Ouattara du 22 décembre 2003 au 26 février 2004 et du 2 juin au 31 octobre 2004.

Autres partenaires du District du secteur 30

Outre l'appui d'AQUASOU, le district bénéficie 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, 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 apporte l'ambulance et les radios au district et la coopération française (via AQUASOU) organise la référence (fiche de référence, système de contre-référence) et met sur pied un système de financement solidaire pour les urgences (partage des coûts pour un paquet transport+ césarienne)
- Médecins du Monde finance des formations sur les soins obstétricaux d'urgence et AQUASOU organise des revues de cas 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,...) jouent un rôle également primordial . Le succès du projet tient aussi à la bonne collaboration des partenaires nationaux et à leur efficacité.

4. Contexte général en 2004

Au niveau du **CMA**, le bloc opératoire est fonctionnel depuis août 2003. 102 césariennes ont été réalisées sur une période de 1 an (1^{er} août 2003 au 31 juillet 2004). Jusque là, le bloc opératoire était fermé la nuit et le week-end et les urgences continuaient pour la majorité à être évacuées vers le CHU-YO. Depuis le 1^{er} 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 et CES 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.

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 peut noter en 2004 l'ouverture d'un nouveau CSPS avec maternité à Dayoubsi (département de Komsilga). Deux maternités sont en construction au niveau des CSPS du secteur 30 et du CSPS de la Trame d'accueil (qui jusque là ne faisaient pas d'accouchement). Elles devraient ouvrir en 2005.

En ce qui concerne les **autorités sanitaires**, on peut noter la nomination le 18 février 2004 d'un nouveau directeur régional de la santé, le Dr Philippe Compaoré, qui a remplacé Dr Cheik Ouédraogo.

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. 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 est excellente. L'année 2005 sera marquée par deux élections : les élections municipales prévues en mai et les élections présidentielles planifiées pour novembre.

Au niveau **social et économique**, la grogne des fonctionnaires persiste. Plusieurs manifestations et mouvements de grève ont été enregistrés en 2004 pour la défense du pouvoir d'achat et l'augmentation des salaires de 25% (la dernière augmentation remontant à 1998). 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 qui ont atteint un niveau record en 2004. D'autres mouvements sont prévus pour le début d'année 2005.

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

Le Guide OMS sur la prise en charge des urgences obstétricales a été adapté et mis à disposition des sages-femmes en salle d'accouchement. Mais cela ne suffit pas, puisque la majorité des sages-femmes disent ne pas avoir le réflexe de l'ouvrir en cas de problèmes. Nous avons prévu pour 2005 d'afficher les principales prises en charge sous forme de poster.

Dotation en matériel médical

Dans le cadre du projet AQUASOU du matériel médical a pu être attribué aux structures de santé du district sanitaire du secteur 30. Ce matériel livré en 2004 concerne la ligne budgétaire de l'année 1, une deuxième commande pour l'année 2 est en cours (retard dû au gel des budgets en 2004 par le MAE-F).

Matériel affecté aux maternités des CSPS périphériques:

- Boîtes d'accouchements	71
- Boîtes de suture périnée	13
- Tensiomètres à mercure mobiles	21

Matériel affecté à la maternité du CMA

- Boîtes d'accouchements	25
- Boîtes de sutures du périnée	15
- Tensiomètres à mercure mobiles	05
- Ventouse obstétricale électrique ²	01
- Sonicaid	02

Matériel affecté au bloc opératoire du CMA

- Tensiomètres à mercure mobiles	02
- Cardioscope de poche	02
- Laryngoscope complet pour adulte	06
- Oxygènes de pouls	02

Réserve

- Boîtes d'accouchements	04
- Boîtes de suture	02
- Tensiomètres à mercure mobiles	02
- Sonicaid	02

Un glucomètre, offert par l'Association Belge du Diabète a également été remis à la maternité du CMA.

Formations

La formation au **partogramme** du personnel de maternité du district avait été planifiée par l'ECD pour 2004. Deux séances ont déjà pu avoir lieu en août et septembre 2004, 75 (37+38) agents (AA et SF) ont ainsi 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). Cette formation devra être suivie de supervision dans les maternités par les sages-femmes de la cellule de concertation du district. Cette activité a été planifiée dans le plan d'action 2005 du district. 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). Une dernière séance doit encore avoir lieu début 2005 afin de couvrir l'ensemble du personnel des maternités du district (CMA et CSPS).

² Nous avons eu à déplorer la perte d'une ventouse manuelle et du jeu de cupule métallique de la ventouse électrique (pas retrouvés au moment de l'ouverture du colis au niveau du CMA alors que ces items avaient été enregistrés au niveau du service d'envoi de l'IMT). Les recherches au niveau du fournisseur et du transitaire n'ont pas abouti (valeur 600 □)

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. D'autres séries de formation aux SOU sont prévues en 2005 pour assurer la couverture de l'ensemble du personnel. 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 2003 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. Dix séances ont été tenues en 2004. 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 dite "double" a été initiée lors des trois dernières séances. 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 sont 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. Une vue d'ensemble des recommandations issues des audits est reprise en annexe. Lors de la dixième séance, en novembre, 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 déjà un fort intérêt et des personnels de santé extérieurs à la structure ont assisté aux deux dernières séances.

En 2005, il est prévu d'initier les revues de cas dans d'autres maternités du district : secteur 15, secteur 28 et St-Camille.

Staff

Les staffs quotidiens se poursuivent sans interruption depuis plus d'un an maintenant. 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. Lors de l'enquête de Fanta Zerbo, sage-femme, dans le cadre de son mémoire SESSIO, la majorité du personnel a cité le staff comme l'élément qui permet d'améliorer 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 1^{er} octobre 2004, sous la directive du Directeur Régional de la Santé et avec le soutien financier de la Coopération Italienne qui contribuent financièrement aux indemnités du personnel de garde. Depuis le 1^{er} octobre, 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.

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 doivent encore être validées lors d'une réunion de service : sage-femme en salle d'accouchement, sage-femme en suites de couches, sage-femme de planification familiale, accoucheuse 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).

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 césariées

Les entretiens aux domiciles des femmes césariées 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 césariées 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.

Aux 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. Une femme à qui l'on a rendu visite et dont on cherchait à 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 de BGR) 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.

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 décembre 2004, cinq 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)

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. Ces réunions vont être poursuivies en 2005 et les données seront analysées. Les prochaines séances comprendront également des hommes du côté des usagers.

Qu'il s'agisse des focus group ou des entretiens individuels avec les femmes césariées 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 a 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 déjà 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). Il semble que cette séance a été positivement évaluée par les apprenants. Un atelier de deux jours (17 et 18 février 2005) destiné aux encadreurs de l'école est prévu afin de préciser les modalités d'évaluation des acquis des apprenants en socio-anthropologie dans l'évaluation globale.

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 est 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'agit d'abord de favoriser petit à petit 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.

Pour le moment 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 intègrent cette dimension : c'est le cas des rencontres usagers-prestataires, 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.

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. Depuis le 1^{er} octobre, 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 devrait s'améliorer en 2005 puisque l'ambulance commandée par la coopération italienne a été livrée début janvier. Une ambulance d'occasion offerte au dispensaire de Noom-Wendé par l'organisation COBATY International devrait aussi pouvoir être mise au service des urgences du district à partir de février 2005.

Routes

Comme pour les ambulances, le projet AQUASOU n'a 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.

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 de la mission de février, 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 deux ou trois mois d'appropriation de l'outil, 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 aux modalités de transport, l'idéal étant d'organiser un transport médicalisé quand les ambulances du district seront en service. Les fiches de contre-référence permettent également au personnel des CSPS de s'évaluer (pertinence de l'évacuation, qualité de la mise en condition).

5.2.3 Améliorer l'acceptabilité des services par la population

Objectifs opérationnels :

- *Informers 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*
- *Informers 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 CSPA 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 ³ 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, craintes exprimées et suggestions faites sont les suivants :

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

³ *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.*

- Que d'autres services soient facturés plus cher pour compenser le coût du forfait.
- Organiser des réunions d'information et d'échanges, ainsi que des séances de sensibilisation sur le projet AQUASOU aux hommes.
- Pour l'ensemble des réunions, les participants souhaitent que le projet mette l'accent sur l'amélioration des relations entre les usagers et les prestataires de soins.

La prochaine étape (2005) est l'organisation d'une campagne beaucoup plus large qui touchera la quasi-totalité des villages du district avec information sur la pyramide sanitaire et les circuits à respecter, le CMA et son fonctionnement, les règles du partage des coûts, la présentation de quelques droits (devoirs des services et de leur personnel) et devoirs de l'utilisateur (identifiés conjointement par des représentants du personnel et des usagers lors des premières rencontres usagers-personnel et acceptés par l'ECD.)

5.2.4 Améliorer l'accessibilité financière des services

Objectifs opérationnels :

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

Travail préparatoire

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). 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 plusieurs 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 1^{er} 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 du cercle 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

Le démarrage fixé initialement au 1^{er} 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. Une première réunion du comité de suivi après trois mois d'exercice permettra d'avoir un premier bilan chiffré (équilibre financier). Pour ce faire, un tableau Excel avec les coûts réels de chaque prise en charge en urgence est tenu à jour et permettra de vérifier si les estimations faites pour évaluer le montant du forfait sont justes. Il est prévu également de recueillir de manière structurée les perceptions des femmes. Les premières réactions à chaud sont positives.

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 assure la compilation des données des différents sites.

Une étude sur les **Besoins Obstétricaux Non Couverts** a été réalisée. Elle porte sur toute l'année 2003 pour le district du secteur 30. Le recueil d'information s'est fait auprès des formations sanitaires qui réalisent des interventions obstétricales majeures : CMA du secteur 30, CHU-YO, CMA de Pissy, etc... (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 1^{er} 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 sys-

tématique 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.

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 année, celui-ci est le deuxième rapport annuel. Le prochain sera le rapport final. En 2004, trois rapports ont ainsi été rédigés et diffusés : (1) Rapport de mission de février 2004, (2) Rapport du comité de concertation et de coordination du 11 septembre 2004 et (3) Rapport de l'atelier technique sur le partage des coûts des 9 et 10 novembre 2004. Pour préparer le comité scientifique du 14 septembre 2004, une fiche technique résumant le projet AQUASOU au Burkina et un cadre logique (avec les activités réalisées et prévues) ont également été fournis.

Diffusion des résultats

Les premiers résultats du suivi des critères de qualité ont été présentés lors de la journée scientifique de la SOGOB en novembre 2004 à Ouagadougou et lors du congrès de la SAGO en décembre 2004 à Cotonou.

Les résultats de l'étude anthropologique sur les accouchements à domicile ont été présentés à l'atelier organisé par la DSF en septembre 2004 : « Rôle et apports des accoucheuses de village dans les prestations de service de maternité à moindre risque au Burkina Faso ».

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).

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, vient d'être nommée au district du secteur 30 afin de contribuer à la création d'une unité de recherche opérationnelle au sein de la maternité. Elle bénéficie pour l'instant d'une guidance scientifique de Fabienne Richard. Elle est chargée de recueillir et d'analyser les données du service, de participer aux projets internationaux (AQUASOU, IMMPACT) et de mener également des projets de recherche selon les besoins du service.

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.

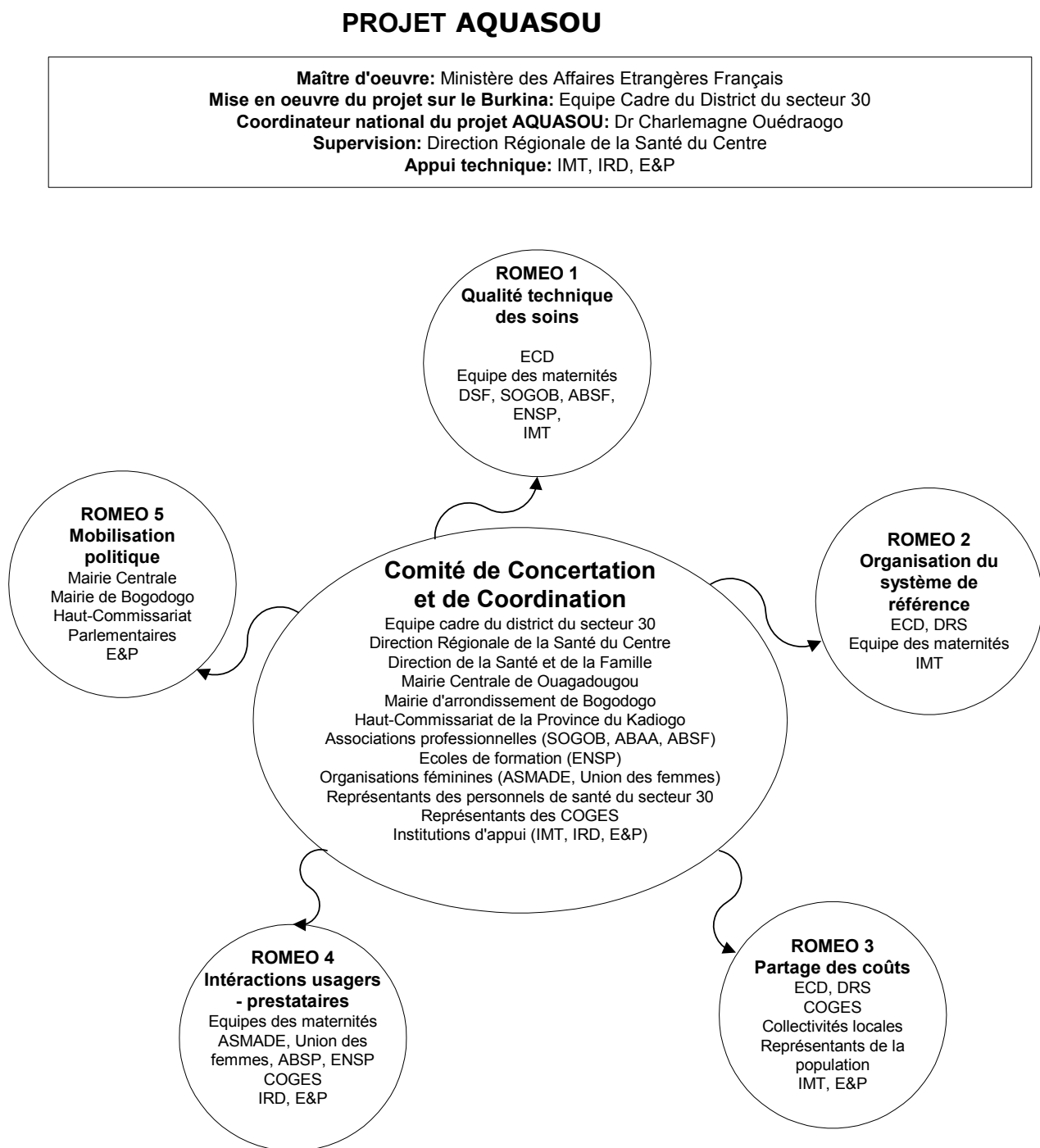
Mise en place de Réseaux Opérationnels de Mise en Œuvre (ROMEIO)

Les ROMEIO se sont mis en place au fur et à mesure des missions et du démarrage des activités sur le terrain :

- ROMEIO 1 : Qualité technique des soins
- ROMEIO 2 : Organisation du système de référence/évacuation
- ROMEIO 3 : Partage des coûts
- ROMEIO 4 : Interactions usagers-prestataires
- ROMEIO 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 autour des grands axes d'intervention, par spécialités (cf. figure 1)

Figure 1 : Organigramme général du projet AQUASOU au Burkina



ROMEO: Réseau opérationnel de mise en oeuvre

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 de l'année des contacts réguliers avec les collectivités locales impliquées dans le partage des coûts. Toutes les collectivités identifiées (Mairie de Ouagadougou, Mairie d'arrondissement de Bogodogo, préfectures et Haut Commissariat) ont effectivement contribué financièrement au partage des coûts. Ces collectivités sont toutes représentées dans le Comité de concertation et de coordination qui se réunit régulièrement ainsi que le comité élargi de suivi et de gestion du système de partage des coûts. En tant que contributeurs, elles veillent et veilleront à la bonne utilisation de leur 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 2010⁴ 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. Il est prévu que ce comité se réunisse tous les semestres.

Dans ce contexte, une cellule de veille n'est, pour le moment pas nécessaire. Mais l'année 2005 sera 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.

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

⁴ *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.*

Organisation d'une conférence de presse le 25 novembre à l'occasion de la "Journée internationale contre la violence à l'égard des femmes" ⁵

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 ⁶

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.

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.

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

⁵ Lettre d'information d'E&P n° 92 – novembre-décembre 2004

⁶ Référence sus citée

devant la télévision nationale présenter le projet de partage des coûts en français et en mooré. D'autres conférences de presse devront être organisées au cours de l'année 2005 pour informer la population des services désormais offerts au CMA et des modalités du partage des coûts.

6. Résultats

6.1 Utilisation des services

Les résultats de l'étude des Besoins Obstétricaux Non Couverts menée sur l'année 2003 montrent une grande inégalité entre le milieu rural et urbain. En 2003, 62% des besoins en interventions obstétricales majeures ont pu être couverts pour l'ensemble du district. Mais cela représente 84% des besoins couverts pour l'arrondissement de Bogodogo et seulement 14% pour les trois départements réunis (Saaba, Koubri, Komsilga). Nous espérons avec l'introduction du partage des coûts et la disponibilité de l'ambulance en 2005 améliorer l'accès aux Soins Obstétricaux Urgents des femmes du milieu rural. Une enquête des Besoins Obstétricaux Non Couverts sera menée en 2005 pour mesurer ces résultats.

Il faut noter cependant le biais possible dans le calcul de cet indicateur que représente l'estimation de la population de Ouagadougou. Ces chiffres sont actuellement beaucoup discutés et nous attendons les résultats du recensement administratif de 2004 qui n'ont pas encore été validés. Les chiffres de populations utilisés actuellement proviennent de la direction régionale de la santé du centre (projections à partir du recensement de 1996).

6.2 Activités du CMA

Le tableau 1 reprend les rapports d'activités des trois dernières années.

Le nombre d'accouchements enregistrés à la maternité du CMA est en augmentation constante (+ 41,9 % en 3 ans soit + 806 accouchements). 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. Ceci explique le nombre encore élevé d'évacuations vers le CHU-YO en 2003 et 2004.

Les différents indicateurs de mortalité (tableau 2) 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, ceci va encore s'accroître en 2005. Il est donc difficile pour l'instant d'évaluer la qualité des soins à partir de ces indicateurs. On peut cependant noter que même si la mortalité a augmenté, le pourcentage de mort-nés frais a lui sensiblement diminué (49 à 38%).

Le tableau 3 reprend les taux de réalisation des soins obstétricaux essentiels. On peut noter une augmentation du taux de césariennes qui s'explique par l'ouverture du bloc et le passage en 24h/24. Le taux d'extraction instrumentale reste encore faible (la ventouse a été introduite en 2004 par le projet AQUASOU, mais les sages-femmes ne sont pas familières avec la technique). Les taux de révisions utérines et de délivrance artificielle ont diminué. On peut ici considérer l'impact de la gestion active du troisième stade du travail (ocytocine et traction contrôlée du cordon) qui a été introduite en 2004 et est maintenant appliquée systématiquement au CMA selon les recommandations de l'OMS.

Tableau 1 : Activités de la maternité du CMA 2002-2003-2004

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

29	Eclampsies ante partum ou per partum pour le calcul du taux de césariennes attendues	1	6	9
30	Eclampsie post-partum	1	4	4
31	Pré-éclampsie	5	6	18
32	Infection puerpérale	0	0	2
33	Avortement septique ou compliqué	33	6	6
34	Grossesse extra-utérine	2	2	6
Bloc opératoire				
I. Indication des césariennes				
1	Utérus cicatriciel		0	16
2	Hématome retro-placentaire		2	2
3	Placenta praevia		0	2
4	Hémorragie antepartum autre ou non spécifiée		0	0
5	Présentation anormale (front, transverse, face engagée en position mento-postérieure)		5	9
6	Pré-rupture		2	9
7	Disproportion foeto-pelvienne avant le travail		0	10
8	Dystocie pendant le travail :			
	*Disproportion foeto-pelvienne (travail bloqué)		16	39
	*Franchissement de la ligne d'action du partogramme			
	*Arrêt de la dilatation > 2 heures			13
	*Travail prolongé > 12 heures			1
9	Eclampsie		0	1
10	Pré-éclampsie		2	12
11	Autres indications maternelles		0	6
12	Souffrance fœtale		8	38
13	Siège		3	9
14	Grossesse gémellaire ou triple		0	4
15	PTME		2	2
16	Autre pathologie fœtale (procidence cordon, anomalie de volume localisée, autre malformation,...)		2	12
	TOTAL		42	187
II. Autres interventions				
1	Réparation rupture utérine			
2	Hystérectomie pour rupture utérine			
3	Salpingectomie (ou autre) pour GEU		1	6
4	Suture Col et périnée complet			5
5	Ex sous valves sous AG pour hémorragie			3
6	Craniotomie			1
7	Bartholinite			1
8	Ligature de trompes			2
9	Myomectomie			1

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

* 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.

Tableau 2 : Mortalité maternelle et périnatale, CMA secteur 30, 2002-2003-2004

Indicateurs	2002	2003	2004
Mortinatalité (nombre de mort-nés / 1.000 naissances) % mort-nés frais	25,5 ‰ (49/1925) 49%	24,6 ‰ (55/2240) 49%	31,9 ‰ (87/2731) 38%
Mortalité néonatale immédiate (nombre de morts néonatales <24h /1.000 naissances vivantes)	4,3 ‰ (8/1876)	3,7 ‰ (8/2185)	4,9 ‰ (13/2644)
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)
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)

Tableau 3 : Soins obstétricaux essentiels, CMA secteur 30, 2002-2003-2004

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

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

Quant au système de référence/contre-référence, on peut dire que le CMA remplit progressivement son rôle d'hôpital de référence comme en témoigne l'augmentation des évacuations des CSPS vers le CMA (tableau 4). Auparavant la majorité des cas compliqués étaient référés directement vers le CNHU-YO. Le nombre d'évacuations du CMA vers le CHU-YO devrait chuter en 2005. Déjà en novembre et décembre, seulement respectivement 2 femmes et 3 femmes ont été évacuées vers le CHU-YO pour des soins plus appropriés (réanimation). On peut noter le bon taux de contre-référence, 93% des cas référés ont été enregistrés au niveau du service de suites de couches et ont pu bénéficier d'un feed-back vers la structure qui a référé (CSPS d'Etat ou maternité privée).

Tableau 4 : Référence et contre-référence

Indicateurs	2002	2003	2004
Nombre de femmes évacuées des CSPS vers le CMA	2	24	91
Nombre de décès parmi les femmes évacuées des CSPS	0	0	1
Nombre de femmes évacuées du CMA vers le CHU-YO	91	166	191
Nombre de contre-référence* renvoyées du CMA vers les CSPS	—	—	85 93% (85/91)

* les fiches de contre-référence n'ont été effectives qu'à partir de mars 2004.

6.3 Qualité des soins

6.3.1 Critères de qualité

En plus de l'activité régulière de la coordinatrice de la maternité (30 dossiers par trimestre), Mme Fanta Zerbo a réalisé une étude sur 9 mois entre août 2003 et mars 2004. Elle a tiré au sort 90 dossiers par trimestre 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 changements notés au niveau du suivi de la parturiente sont statistiquement significatifs (figures 2 et 3).

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

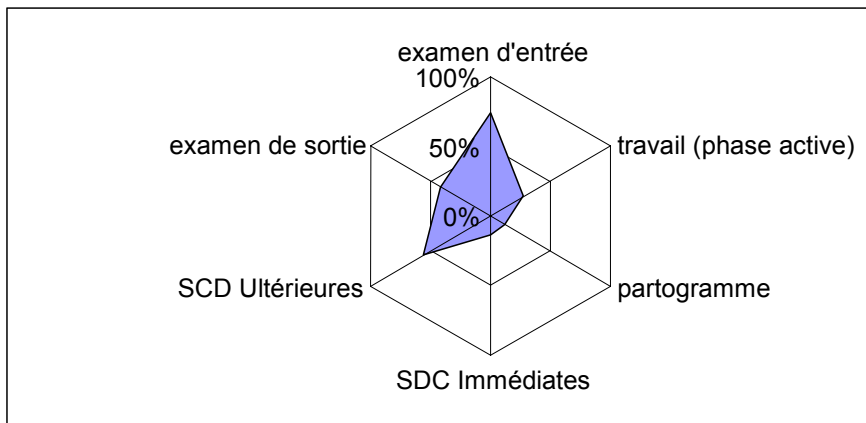
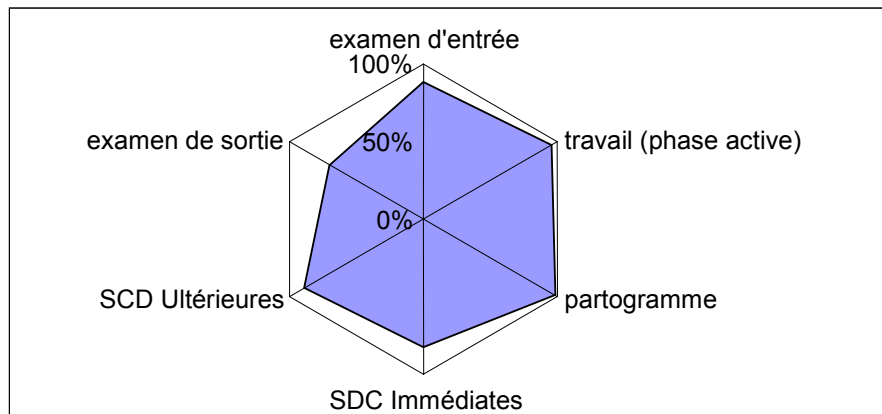


Figure 3 . Critères de qualité de la surveillance de l'accouchement et du post-partum, février-mars 2004, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou



Chaque étape (examen d'entrée, phase active,...) se décompose en plusieurs items qui sont mesurés (absent/présent) à l'aide de la grille. Les figures 2 et 3 reprennent la globalité des résultats, mais on peut détailler chaque étape, comme par exemple le suivi de la phase active (figure 4 et 5).

Figure 4 . Critères de qualité du suivi de la phase active, août-octobre 2003, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou

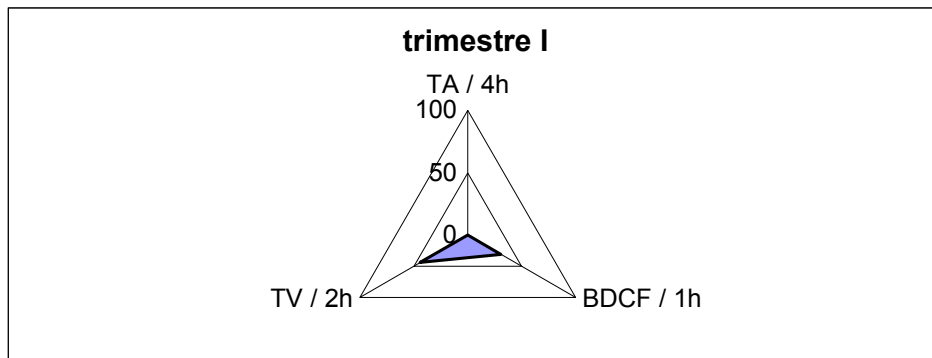
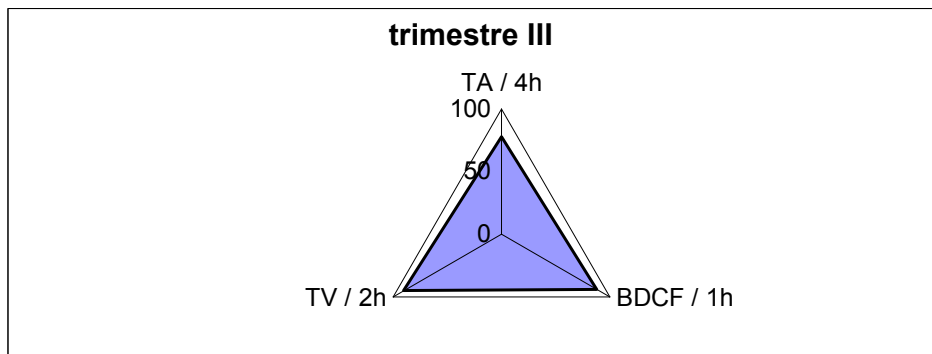


Figure 5 . Critères de qualité de la surveillance de l'accouchement et du post-partum, février-mars 2004, CMA du district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou



6.3.2 Revues de cas

Les revues de cas ont débuté en février 2004. Dix séances se sont tenues en 2004 sur les thèmes suivants :

1. Hémorragie du post-partum (évacuée au CHU-YO)
2. Anémie du post-partum
3. Avortement compliqué (évacuée au CHU-YO)
4. Rupture prématurée des membranes sur grossesse de 7 mois (évacuée au CHU-YO)
5. Césarienne pour procidence du cordon battant
6. Souffrance fœtale aiguë (évacuée au CHU-YO)
7. Dilatation stationnaire, Grossesse gémellaire (évacuée au CHU-YO)
8. Césarienne pour SFA (évacuée du secteur 15)
9. Accouchement mort-né frais
10. Accouchement d'un mort-né macéré (évacuée de Tansablogo)

Les séances se sont tenues dans l'enceinte du CMA (salle de réunion) et ont rassemblé entre 6 et 29 personnes selon les séances (13,6 en moyenne). Deux séances se sont déroulées sans la participation de personnels impliqués dans la prise en charge du cas. Les audits ont permis de mettre en évidence des dysfonc-

tionnements et de proposer des recommandations (cf. annexe 2). Une étudiante attachée de santé a commencé son travail de fin d'étude sur les audits afin d'analyser la participation des sages-femmes du CMA et les facteurs d'appropriation des audits. Son étude s'appuiera sur des entretiens et questionnaires auprès des personnels de santé.

7. Programmation des prochaines missions et activités.

7.1 Prochaines missions

Marc-Eric Gruénais, IRD du 12 au 19 février 2005, du 8 au 18 juin 2005 et fin novembre 2005

Fatoumata Ouattara, IRD du 5 au 26 février 2005, avril 2005, de juin à décembre 2005

Vincent De Brouwere, IMT, avril-mai 2005

Dominique Dubourg, IMT, juin 2005

7.2 Principales activités programmées pour 2005

7.2.1 Qualité des soins

Revue de cas avec approche clinique et anthropologique : CMA, St-Camille, Secteur 15, Secteur 28

Participation à l'atelier de Ouidah au Bénin du 21 au 25 février 2005 sur les audits des décès maternels, organisé par le bureau AFRO-OMS.

Réunions usagers-prestataires (dans les zones rurales du district)

Entretiens anthropologiques dans les familles où il y a eu un décès maternel

Etude anthropologique sur les questions de faute et de responsabilité professionnelle

Entretien avec les leaders au niveau communautaire pour évaluer l'impact d'activités du projet

Atelier des encadreurs de stage dans les hôpitaux et CMA en socio-anthropologique (fait suite à l'atelier avec les enseignants de l'ENSP)

7.2.2 Accès aux soins

Mise en œuvre du partage des coûts et évaluation régulière (comité de suivi tous les trimestres)

Réunions usagers d'information (partage des coûts, services offerts par le CMA, suivi de la grossesse, préparation de l'accouchement,...)

Suivi des femmes (évacuées)

7.2.3 Suivi - Evaluation

Etude BONC 2005

Etude de satisfaction des usagers (à partir d'avril 2005)

CCC en novembre 2005

8. 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.

Annexe 1 - Cadre logique AQUASOU - BF

Annexe 2 - Suivi des recommandations

Année 2004

Recommandations AUDITS CMA secteur 30	Responsable	Réalisation	Remarques
A - PERSONNEL			
A1. Supervision des AA par les SF dans les CSPS	ECD	NON	à programmer plan d'action 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	Insuffisant	
A5. Faire des sorties à domicile avec les SF de SDC et CSPS	IRD	Planifié	
A6. Décoration du personnel méritant (tableau d'honneur, cercle d'or)			
B - EQUIPEMENT			
B1. Mettre une valve en salle pour les déchirures du col	Chef de service	NON	examen fait maintenant au bloc opératoire
B2. Dotation d'un doppler en salle d'accouchement	Chef de service	OUI (juillet 04)	dotation AQUASOU
C - MEDICAMENTS			
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

D - PROTOCOLES

D1. Référence aux protocoles en cas d'urgence	SF	NON	4/20 disent s'y référer (enquête F.Zerbo)
D2. Affichage des protocoles en salle d'accouchement	Coordinatrice salle	NON	

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

F - ORGANISATION

F1. Expliquer aux ICP et AA le système de référence	Chef de service	en cours	Fait au cours des formations à programmer
F2. Instaurer Réunion bloc-salle d'accouchement	Chef de service	NON	
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, gestionnaire	en cours	

G - SUPPORTS DE DONNEES - SIS

G1. Instaurer des fiches de référence/contre-références en salle	Coordinatrice salle	OUI (mars 2004)	suivi des critères de qualité Proposée fait refusée par le labo visite une fois/mois 2 ième version faite en juillet
G2. Mieux remplir les dossiers cliniques	SF	en cours	
G3. Mise en place d'une fiche pour les ex.complémentaires	M. Mandé	NON	
G4. Suivi des femmes évacuées à Yalgado	Coordinatrice salle	OUI (avril 2004)	
G5. Cahier de consignes en suites de couches	Resp SDC	OUI (mars 2004)	
G6. Faire un interrogatoire approfondi à l'admission	SF	en cours	

H - RELATIONS AVEC LES FAMILLES

H1. Instaurer des horaires de visites pour les familles	MCD, gestionnaire	OUI (Oct 04)	Affichés à la maternité doit être rappelé à chaque formation A organiser en 2005
H2. Améliorer l'information donnée aux patientes	SF	en cours	
H3. Accompagnements des femmes (bébé mort-né, malformation)	SF Psychiatrie	NON	

Année 2005

