



**ANALYSE DES EFFETS DE LA GRATUITE DES SOINS POUR LES  
FEMMES ENCEINTES SUR LEUR NIVEAU DE FREQUENTATION DES  
STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES AU BURKINA FASO : CAS DU  
DISTRICT SANITAIRE DE NONGR- MASSOM**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

*En vue de l'obtention du diplôme du*

**MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION (MBA)**

**OPTION : ECONOMIE DE LA SANTE**

**Promotion 2016-2017**

**Présenté par :**

ZIDA Fatimata

**Sous la direction de :**

Dr Mansoum NDIAYE

Enseignant-Chercheur

## DÉDICACES

- ❖ Je dédie ce présent travail à mes très chers parents qui n'ont ménagé aucun effort pour me soutenir durant toute la période de formation ;
- ❖ Spécialement à mon cher Père, **Boureima ZIDA** qui a toujours cru en moi, même dans les moments de doute ;
- ❖ A ma Mère chérie, **Valentine DRABO** qui m'a inculqué les valeurs de persévérance et d'abnégation ;
- ❖ A mon cher époux, **Basil OUEDRAOGO** dont le soutien indéfectible, son amour et sa confiance m'ont permis d'arriver à ce niveau ;
- ❖ A mon enfant, **Jarred OUEDRAOGO** qui demeure la source de mon inspiration et celui pour qui je trouve la force d'avancer, qu'il reste béni ;
- ❖ A ma petite sœur **Atiya ZIDA** dont le sourire m'aide à persévérer dans l'excellence.

## REMERCIEMENTS

- ❖ Mes remerciements à **DIEU** pour m'avoir permis de faire cette formation.
- ❖ J'exprime ma gratitude à l'endroit de tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire. Il s'agit :
- ❖ **Du CESAG** et de l'ensemble de mes enseignants pour tout le savoir dont j'ai bénéficié ;
- ❖ Du Docteur **Mansoum NDIAYE**, Enseignant-chercheur en Economie de santé au CESAG ; pour avoir accepté de diriger mon travail et pour sa grande disponibilité malgré ses multiples occupations ;
- ❖ Du Docteur **KOFFI Amani**, pour ses précieux conseils ;
- ❖ Du Professeur **AKA Bédia** pour son immense soutien et ses conseils;
- ❖ De la famille **Bambara** à Dakar, pour leur grande hospitalité et leur grand soutien, puisse Dieu le leur rendre au centuple ;
- ❖ Du personnel de la Direction des Etablissements de Santé pour m'avoir accueilli dans leur structure et pour leur grande sympathie, spécialement **Madame DISSA** ;
- ❖ De **Monsieur BAZIE** du Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique(CISSE), du District sanitaire du CMA de Kossodo de Nongr-Massom pour ses précieux conseils et sa disponibilité ;
- ❖ Des Majors des différents CSPS, de **Mr BOUDA**, Médecin Chef du District sanitaire de Nongr-Massom et de **Madame SAWADOGO**, responsable de la maternité du Centre Médical Urbain du secteur 23 ;
- ❖ De **Assamoi Martial** pour sa disponibilité et ses conseils ;
- ❖ De **Idrissa Ouattara**, travailleur à l'Institut National des Statistiques et de la Démographie pour sa précieuse aide et soutien dans la réalisation de ce mémoire ;
- ❖ De tous ceux qui m'ont soutenu de diverses manières et qui n'ont pas été nommés ici ; Puisse Dieu dans son infinie bonté combler chacun de vous d'abondantes grâces au-delà de vos attentes.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**ACT** : Combinaisons à base d'artémisinine

**APEE** : Association des Parents et amis d'Enfants Encéphalopathes

**ARV** : Antirétroviraux

**ASBC** : Agents de Santé à Base Communautaire

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CHUP-CDG** : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique- Charles de Gaulle

**CHU-SS** : Centre Hospitalier Universitaire Sanou Sourou

**CHU-YO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo

**CISSE** : Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique

**CM** : Centre Médical

**CMA** : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

**CMU 23** : Centre Médical Urbain du secteur 23

**CMU** : Couverture Maladie Universelle

**CMUC** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

**CPN** : Consultation Périnatale

**CPoN** : Consultation Postnatale

**CREN** : Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale

**DRS** : Direction Régionale de la Santé

**DTP** : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

**ECD** : Equipe Cadre de District

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**FS** : Formation Sanitaire

**GIE** : Groupement d'Intérêt Economique

**IB** : Initiative de Bamako

**ICP** : Infirmier Chef de Poste

**INSD** : Institut National des Statistiques et de la Démographie

**IRA** : Infection Respiratoire Aigue

**ISF** : Indice de Fécondité

**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles

**LASDEL** : Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Dynamiques sociales et le Développement Local

**MACO** : Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou

**MCD** : Médecin Chef de District

**MEG** : Médicaments Essentiels Génériques

**MILDA** : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action

**OBCE** : Organisation à Base Communautaire d'Exécution

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

**ODD** : Objectifs du Développement Durable

**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**ONG-RenCap** : ONG de Renforcement des Capacités

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie

**OST** : Office de Santé des Travailleurs

**PADS** : Programme d'Appui au Développement Sanitaire

**PCA** : Paquet Complémentaire d'Activités

**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

**PECIM/VIH** : Prise en Charge des Maladies et du Virus de l'Immunodéficience Humaine.

**PMA** : Paquet Minimum d'Activités

**PNDES** : Programme National de Développement Economique et Social

**PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire

**PNUD** : Programme des Nations Unies pour le Développement

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

**PV VIH** : Personne Vivant avec le VIH

**SCADD** : Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable

**SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

**SNIS** : Système National d'Information Sanitaire

**SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

**TBN** : Taux Brut de Natalité

**VAA**: Vaccin Anti Amaril

**VAR**: Vaccin Anti-Rougeoleux

**VAT2** : 2<sup>e</sup> Vaccin Antitétanique

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Proportion des dix principales affections.....	14
<b>Tableau 2</b> : Évolution des taux de couverture en CPN de 2012 à 2014.....	15
<b>Tableau 3</b> : Test de comparaison des moyennes des variables CPN .....	42
<b>Tableau 4</b> : Statistiques descriptives des variables CPN .....	43
<b>Tableau 5</b> : Test de comparaison des moyennes des variables accouchement et soins postnatals ....	44
<b>Tableau 6</b> : Statistiques descriptives des variables accouchement et visite postnatale .....	45
<b>Tableau 7</b> : Qualité de l'ajustement du modèle aux données .....	49
<b>Tableau 8</b> : Résultats de la régression de Poisson.....	49
<b>Tableau 9</b> : Quel est votre âge?.....	66
<b>Tableau 10</b> : Avez-vous reçu des soins postnatals? .....	66
<b>Tableau 11</b> : Savez- vous qu'il y a la gratuité des soins? .....	66
<b>Tableau 12</b> : Le poids des dépenses de santé a-t-il diminué suite à la gratuité?.....	67
<b>Tableau 13</b> : Comment trouvez-vous le délai d'attente dans le contexte de la gratuité? .....	67
<b>Tableau 14</b> : Comment jugez-vous l'accueil avec la gratuité? .....	68

## LISTE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique 1</b> : Schéma conceptuel.....	18
<b>Graphique 2</b> : Évolution du nombre de CPN avant la mise en œuvre de la politique de gratuité....	46
<b>Graphique 3</b> : Évolution du nombre d'accouchement et de visite postnatale avant la mise en œuvre de la politique de gratuité.....	47
<b>Graphique 4</b> : Comparaison des tendances après l'intervention.....	51

## RESUME

Le recouvrement partiel des coûts au point de délivrance de soins, généralisé en Afrique à la suite de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 a engendré des difficultés d'accès pour les populations aux services de santé. En effet, avec cette politique de nombreux patients n'avaient pas accès aux soins de santé en raison de la barrière financière. De nombreux États africains, dont le Burkina Faso, se sont donc lancés dans les années 2000 dans des politiques nationales de suppression progressive du paiement direct dans les structures sanitaires.

Nonobstant tous ces efforts, le niveau d'utilisation des services de santé par la population burkinabè en général, et des femmes enceintes en particulier, demeurait toujours faible. Selon une enquête réalisée au Burkina Faso, seulement 60% des femmes enceintes ont effectué les quatre visites minimales requises (INSD, 2003), 14% n'ont pas du tout eu recours aux soins prénatals pendant que 26% ont bénéficié d'un nombre de visites inférieur au minimum de quatre. Au vu de cette situation, l'Etat burkinabè a mis en œuvre une politique de gratuité au profit des femmes enceintes le 02 Avril 2016. Notre mémoire a pour objectif l'analyse des effets de la gratuité des soins pour les femmes enceintes sur leur niveau de fréquentation du District sanitaire de Nongr-Massom.

Nous avons mené une étude d'évaluation rétrospective d'effets sans groupe témoin dans le District sanitaire de Nongr-Massom en analysant la base de données du Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique(CISSE). Aussi, un questionnaire a été administré aux femmes enceintes et au personnel de santé pour mieux cerner les difficultés dans l'application de la politique de gratuité afin de mieux formuler nos recommandations. La méthode Pré-post a été utilisée pour l'étude et le modèle de séries temporelles interrompues à travers la régression de Poisson nous a permis de mener l'analyse. Les Consultations Prénatales (CPN), les accouchements et les Consultations Postnatales (CPoN) sont les variables qui ont été considérées.

Après analyse, nous constatons qu'après l'implémentation de la politique de gratuité, la Consultation Prénatale du 1<sup>er</sup> trimestre (CPN1) a connu une hausse de 19,1%, le plus haut niveau est atteint par la CPN2 dont l'augmentation est de 47,7% ; la CPN3 connaît une légère augmentation de 10,2% et enfin la CPN4 augmente de 14,4%. Quant aux accouchements et Consultations Postnatales, leurs niveaux ont connu des hausses respectivement de 12,3% et de 6,6%. Nous avons donc conclu que la gratuité des soins a induit une augmentation de la consommation des soins prénatals, des accouchements ainsi que des soins postnatals dans le District sanitaire de Nongr-Massom.



## SOMMAIRE

<b>DÉDICACES</b> .....	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>ii</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	<b>vi</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>vii</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTIE I</b> .....	<b>6</b>
Chapitre I : Contexte général de l'étude .....	7
Chapitre II: Cadre conceptuel et Revue de littérature.....	18
<b>PARTIE II</b> .....	<b>32</b>
Chapitre I : Methodologie et collecte des données .....	32
Chapitre II : Analyse des resultats et Recommandations.....	41
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>56</b>
<b>WEBOGRAPHIE</b> .....	<b>61</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>65</b>
<b>TABLE DE MATIÈRES</b> .....	<b>69</b>

## INTRODUCTION GENERALE

Au lendemain des indépendances, l'environnement sanitaire des pays africains, en général, et celui du Burkina Faso en particulier, a vu éclore une multitude de formations sanitaires avec le principe de la gratuité des soins (Ridde et al. 2012). Mais, au début des années 1980, quand les Etats furent plongés dans une grave crise financière et furent affaiblis par les politiques d'ajustement structurels, le système de santé du Burkina Faso a été confronté à une crise profonde : les consultations restaient gratuites mais les formations sanitaires n'avaient plus de médicaments disponibles. Elles délivraient aux usagers des ordonnances qu'ils devaient acheter à un coût élevé dans des pharmacies parfois éloignées.

A la suite de l'Initiative de Bamako (IB) lancée en 1987, le pays a mis en place un système de recouvrement partiel des coûts auprès des usagers ; les recettes perçues au point de délivrance des soins leur permettant alors de s'approvisionner en médicaments génériques et d'assurer leurs dépenses de fonctionnement. L'objectif qui était assigné à l'Initiative de Bamako était de répondre à la dégradation des services de santé des pays en développement et de relancer la politique des soins de santé primaires (Deschamps, 2000).

Initialement limitée aux pays d'Afrique subsaharienne, l'IB a été étendue quelques années plus tard à des pays d'Asie (Yémen, Myanmar, Cambodge, Viêtnam) et d'Amérique latine (Pérou). Elle comprenait deux volets : un volet financier appelé aussi recouvrement des coûts qui imposait le paiement direct à l'utilisateur des services et un volet organisationnel, prolongement de la déclaration d'Alma Ata, qui réaffirmait la participation communautaire (Tizio et al. 1997). Les ressources générées par la politique de recouvrement des coûts devaient servir à garantir la disponibilité des produits pharmaceutiques et un paquet minimum d'activités comme les services maternels et infantiles.

La politique de recouvrement des coûts marque un changement de paradigme ; celui du passage de la prise en charge gratuite des frais par l'État à un financement presque entièrement à la charge de l'utilisateur (Velasquez, 1989). Cependant, ce recouvrement des coûts, adopté dans les années 1990, dans un pays où 40,1% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (INSD, 2014) a entraîné une baisse du taux de fréquentation des structures sanitaires, particulièrement chez la population pauvre. Le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population ; surtout dans un contexte marqué par une aggravation de la pauvreté particulièrement en milieu rural. Le taux d'utilisation des services

sanitaires, qui se mesure par le nombre de contact par personne aux structures sanitaires, est également faible ; elle était de 0,34 contact par habitant et par an en 2013 (Kagambèga, 2014).

De ce fait, afin d'assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé, l'alternative consisterait, pour certains chercheurs, comme Tizio et al. (1997), en la suppression du paiement par les utilisateurs des services de santé, ce qui favoriserait l'accès aux soins des plus pauvres. À ce propos, ils écrivent : « la tarification pénalise de toutes les façons l'équité et les seuls moyens d'assurer l'égalité d'accès aux soins restent la gratuité ou l'assurance sociale ».

Dans les années 2000, des critiques importantes à l'égard du recouvrement des coûts ont commencé à émerger. D'une part, les mesures d'accompagnement prévues en faveur des indigents n'avaient jamais été prises (Ridde, 2008 ; Gilson et al. 2001). D'autre part, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le domaine de la santé restaient toujours hors de portée.

Pour plaider pour la suppression du recouvrement des coûts, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à travers sa plaidoirie, avance qu'il faut « *résister à la tentation de dépendre du paiement direct* ». Autrement dit, le financement du système de santé ne doit pas dépendre de ce que les malades paient lorsqu'ils utilisent les services. Un nouveau paradigme en faveur de mesures d'exemption de paiement, associé à un objectif à long terme de mise en place d'un accès universel au système de santé émerge alors. Ce paradigme cumule un argument d'« *équité* » en faveur des plus vulnérables ou des plus pauvres, et un argument de « *levier* » ; l'exemption du paiement devant accroître de façon significative l'accessibilité générale et la fréquentation des formations sanitaires.

Des efforts sont, cependant faits par les différents gouvernements et organisations non gouvernementales en matière de promotion de santé des populations. Mais, en dépit de ces efforts et de la contribution des partenaires qui tendent à réduire les dépenses de santé des ménages à travers des mesures de gratuité et de subvention de certains soins pour en favoriser l'accès aux populations les plus défavorisées, les paiements directs des ménages finançaient toujours 32,9% des dépenses totales de santé au Burkina Faso en 2014 (Ministère de la santé). Ainsi, un défi majeur auquel le système de santé du Burkina Faso doit faire face est l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé, en particulier, pour les populations les plus vulnérables.

Faire en sorte que toutes les femmes puissent accoucher auprès d'un personnel qualifié dans des formations sanitaires de qualité est l'une des stratégies reconnues pour réduire la mortalité maternelle. Cependant, les femmes et leur famille font face à de nombreux défis, notamment la distance, les coûts ou encore la qualité des soins. De ce fait, le Burkina Faso a souscrit aux différentes recommandations des différentes orientations internationales pour répondre aux

préoccupations des populations et afin de réduire la mortalité maternelle. Cet engagement s'est traduit par la politique des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), le traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte. L'objectif est de réduire les dépenses de santé pour les familles et améliorer l'accès aux soins de santé maternelle.

En dépit de tous ces efforts, les niveaux d'utilisation des services de santé par la population et les femmes enceintes en particulier, n'ont pas évolué significativement induisant ainsi des niveaux de mortalité maternelle et infantile encore élevés. En 2010, l'OMS estime la mortalité maternelle à 560 pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 166 pour 1 000 naissances vivantes au Burkina. Pourtant, un enfant sur deux seulement était en 2010, conduit à un centre de santé lors d'un épisode de maladie (INSD, 2011).

De plus, les inégalités d'accès aux services de santé persistent. Ainsi, les dernières estimations disponibles montrent que la couverture en services essentiels (contraception, accouchement, vaccination, soins aux enfants) est de 52% pour les femmes et les enfants issus des familles les plus défavorisées, alors qu'elle est de 71% dans le groupe des plus nantis (Ridde et al, 2013).

Devant cette situation, l'État burkinabè, soucieux de la population, a mis en place un système de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et pour les femmes enceintes. La mise en œuvre effective de cette politique dans les centres santé a débuté le 2 avril 2016.

Une année après la mise en œuvre de cette politique, l'on est en droit de s'interroger sur les effets qu'elle a bien pu avoir sur les indicateurs de santé du pays, en particulier sur la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes. À travers une étude de cas dans le District sanitaire de Nongr-Massom, cette étude se propose de répondre à la question de savoir si le niveau de fréquentation des centres de santé du District sanitaire de Nongr-Massom par les femmes enceintes s'est significativement amélioré à la suite de la mise en place de la politique de gratuité des soins. En d'autres termes, quels sont les effets de cette politique de gratuité pour les femmes enceintes sur leur niveau de fréquentation du District sanitaire de Nongr-Massom ?

Un certain nombre de questions spécifiques effleurent notre esprit à savoir :

Quel était le niveau de consommation des soins prénatals « avant la gratuité » et pendant la période dénommée « après la mise en place de la gratuité » ?

A quel niveau se situait les accouchements dans le District « avant la politique de gratuité » ? Que devient ce niveau avec la gratuité ?

L'engouement pour les soins post-natals était-il important avant la politique de gratuité ? La politique de gratuité a-t-elle engendré un changement ?

Comment évolue le niveau de fréquentation du District par les femmes enceintes pendant la période dénommée « après la mise en place de la gratuité » comparativement à celui « avant la gratuité » ?

Telles sont les questions qui nous permettront d'établir des objectifs pour notre travail de recherche et auxquelles nous répondrons de manière spécifique.

L'objectif général de cette étude est d'analyser les effets de la gratuité pour les femmes enceintes sur leur niveau de fréquentation dans le District sanitaire de Nongr-Massom. De façon spécifique, il s'agit de :

- Mesurer le niveau de consommation de soins prénatals par les femmes enceintes dans la période « avant la gratuité » et pendant la période dénommée ici « après lancement de la gratuité »
- Déterminer le niveau des accouchements dans le District sanitaire de Nongr-Massom dans la période « avant la gratuité » et pendant la période « après lancement de la gratuité ».
- Juger le niveau de consommation des soins post-natals dans la période « avant la gratuité » et pendant la période « après » lancement de la gratuité.
- Comparer le niveau de la fréquentation pendant la période « avant la gratuité » avec le niveau pendant la période « après lancement de la gratuité » du District sanitaire de Nongr-Massom par les femmes enceintes.

Partant de ces objectifs et en connaissance du contexte de la zone d'étude et des enseignements de la littérature, l'hypothèse que cherche à vérifier cette étude peut se formuler comme suit : le niveau de fréquentation des centres de santé du District sanitaire de Nongr-Massom par les femmes enceintes s'est amélioré après la mise en place de la mesure de gratuité. De cette hypothèse générale, découlent trois hypothèses spécifiques que sont :

- *Hypothèse 1* : Le nombre de femmes enceintes ayant fait des Consultations Périnatales (CPN) a connu une hausse après la mise en place de la gratuité.
- *Hypothèse 2* : Avec la politique de gratuité, les accouchements sont plus fréquents dans les centres de santé qu'avant cette politique.
- *Hypothèse 3* : Le niveau de consommation des soins postnatals par les femmes s'est amélioré avec la mise en place de la gratuité.

Au regard de la nature des données (série chronologique) et des objectifs poursuivis (évaluation d'effet), la méthode d'analyse utilisée est celle qui relève de l'analyse des séries temporelles interrompues (STI) avec l'utilisation du modèle de Poisson.

Les structures sanitaires au Burkina Faso rencontrent d'énormes difficultés; notamment celles du secteur public.

L'intérêt de notre étude réside donc dans le fait qu'elle contribuera à apporter un plus, dans la mise en lumière de ces problèmes et incitera éventuellement les autorités à prendre les mesures appropriées et à poser les actions idoines.

Ce rapport nous permettra aussi de connaître de façon pratique les réalités de la gratuité dans les structures sanitaires ; toute chose qui participe à notre formation pratique.

L'étude devrait permettre aussi de proposer des mesures d'amélioration de la politique sanitaire au Burkina Faso en vue de la mise en place d'une politique de couverture sanitaire universelle.

La couverture sanitaire universelle se révèle être le remède contre les dépenses catastrophiques de santé auxquelles font face les populations burkinabés.

Pour amorcer le développement, il faut une population en bonne santé, et la levée de toutes les barrières surtout financières s'avère nécessaire.

Le travail sera organisé en deux parties subdivisées chacune en deux chapitres. La première partie sera consacrée au contexte général de l'étude et à la revue de littérature. La deuxième et dernière partie aborde la méthodologie retenue pour l'analyse des résultats et pour la collecte des données ainsi que l'analyse des résultats et les recommandations qui en sont issues.

**PARTIE I**  
**CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL**

Le contexte général de l'étude et la revue de littérature seront présentés dans cette première partie.

## CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous présenterons brièvement le Burkina Faso puis nous terminerons par la présentation du cadre d'étude qui est le District sanitaire de Nongr-Massom.

### I. Brève présentation du Burkina Faso

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso s'étend sur une superficie 274 200 Km<sup>2</sup>. Le pays est limité au Nord et à l'Ouest par le Mali, à l'Est par le Niger et au Sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. Son climat est de type tropical.

Sa population compte 19 512 533 habitants<sup>1</sup>. Les femmes représentent plus de la moitié de la population (51,7%). Selon les résultats du rapport définitif de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en 2010, le taux brut de natalité (TBN) est de 41,2‰. Selon la même source et pour la même année, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 6,0 enfants par femme. Selon les statistiques de l'Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD), en 2006 le taux brut de mortalité étaient respectivement de 11,8‰. La mère et l'enfant constituent les groupes les plus vulnérables. En effet, le ratio de mortalité maternelle était de 28 pour 100 000 naissances vivantes (INSD, 2010) et le taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 68 et de 341 pour 1000 naissances vivantes.

Le seuil de pauvreté était estimé à 153 530 FCFA par adulte et par an en 2014. Le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 40,1% en 2014 au niveau national, selon l'Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD).

Au Burkina Faso, l'organisation du système de santé est de type pyramidal. On distingue l'organisation administrative et l'organisation de l'offre de soins. Administrativement, le Ministère de la santé comprend trois (03) niveaux :

- ❖ Le niveau central composé des structures centrales est rattaché et organisé autour du cabinet du Ministre et du Secrétariat général ;
- ❖ Le niveau intermédiaire est composé des 13 directions régionales de la santé ;
- ❖ Le niveau périphérique est constitué des districts sanitaires qui sont les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé. On dénombre aujourd'hui 70 districts sanitaires.

---

<sup>1</sup> Estimations 2016 de l'Institut National des Statistiques et de la Démographie, INSD



S'agissant de l'offre de soins, les structures publiques des soins sont constituées de trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires :

- Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :
  - o Le premier échelon de soins est constitué des centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et des Centres médicaux (CM) qui assurent le Paquet Minimum d'Activités (PMA). En 2017, on en dénombre environ 1960 de type public.
  - o Le deuxième échelon de soins est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA). Il assure le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Il est le centre de référence des formations sanitaires du district. En 2017, on compte 46 CMA publics fonctionnels.
- Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux CMA.
- Le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier National ou Universitaire (CHN/CHU). Il est le niveau de référence le plus élevé. On en compte 4 : Centre Hospitalier Universitaire National Yalgado Ouedraogo (CHUN-YO), le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle (CHUP-CDG), le CHU de Tingandogo à Ouagadougou et le Centre Hospitalier Universitaire Sanou Sourou (CHU-SS) à Bobo-Dioulasso qui assurent entre autres des soins spécialisés, la formation des différentes catégories de personnels de santé, la recherche et le suivi évaluation dans le domaine de la santé. Il sert de référence pour les CHR.

À côté des formations sanitaires du ministère de la santé, il existe d'autres structures privées concentrées dans les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. En 2015, on dénombrait 435 structures privées de soins. L'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de santé publique. Aussi, une direction technique a été créée pour mieux coordonner le sous-secteur traditionnel.

Le Burkina Faso, à l'instar de nombreux pays africains, a mis en œuvre quelques orientations internationales de santé. Ainsi, partant du constat d'un faible accès aux services de santé consécutif à la suppression de la gratuité des soins pendant la période coloniale, le Burkina Faso, à travers son Ministère de la Santé a pris des initiatives pour la gratuité (partielle) ou la réduction des tarifs.

Ces initiatives ont pour but d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé, notamment les femmes et les enfants. Ce sont, entre autres l'Initiative de Bamako, les subventions partielles ou totales (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence en 2006/2007, traitement antirétroviraux en 2010 et traitement contre le paludisme pour tous en 2010).

En outre, allant plus loin dans sa volonté de faciliter l'accès des populations vulnérables aux soins, le gouvernement du Burkina Faso a institué des mesures de gratuité de soins au profit de la femme enceinte et de l'enfant de moins de cinq ans à travers le Décret 2016-311-PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID du 29 avril 2016 portant gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de 5 ans vivant au Burkina Faso. Ces mesures ont été progressivement implémentées depuis le 01 Avril 2016 par une phase pilote dans trois régions (Centre, Hauts Bassins, Sahel) avant le passage à l'échelle nationale à partir du 01 juin 2016.

Les bénéficiaires sont constitués des femmes, en général pour ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive et des enfants de moins de cinq ans. Le panier de soins couverts par la gratuité comprend :

- Les accouchements et interventions obstétricales,
- Les soins préventifs et curatifs pendant la grossesse,
- Les soins curatifs de l'enfant de moins de 5 ans,
- Le dépistage et traitement in situ des lésions précancéreuses du col de l'utérus des femmes en âge de procréer.

## **II. Présentation du cadre d'étude**

Ici, il s'agira de présenter administrativement et géographiquement le District sanitaire de Nongr-Massom.

Aussi, aborderons-nous l'aspect sanitaire.

### **II.1 Données administratives et géographiques**

Le District sanitaire de Nongr-Massom relève administrativement de l'arrondissement de Nongr-Massom, lequel a été créé le 21 Mai 1987 et se composait de six secteurs et de cinq villages. Selon le nouveau découpage administratif de 2011, le District s'étend désormais sur quatre (04) arrondissements de la ville de Ouagadougou : l'arrondissement N° 4, l'arrondissement N° 5, l'arrondissement N° 9 et l'arrondissement N° 10.

Le District sanitaire de Nongr-Massom, « Nongr-Massom » qui veut dire « Terre de paix et de bonheur » en mooré, est un District semi-urbain. Il compte 9 formations sanitaires publiques et 46 formations sanitaires privées. Le CMA de Kossodo est la structure de référence du District. Le

District est situé dans la partie Nord-Est de la commune de Ouagadougou et est limité au Sud-Ouest par les Districts sanitaires de Baskuy et de Bogodogo, à l'Ouest par le District sanitaire de Sig-Nonghin, au Nord et à l'Est par le District sanitaire de Ziniaré (Province de l'Oubritenga). Il s'étend, selon le nouveau découpage sur une superficie de 47,974 km<sup>2</sup> dont une partie urbaine de 21,876 km<sup>2</sup> soit 45,6%. Le District sanitaire de Nongr-Massom constitue avec ceux de Boulmiougou, de Bogodogo, de Sig-Nonghin et celui de Baskuy les 05 Districts de la Région sanitaire du centre.

#### Données démographiques et économiques

La population générale du District sanitaire de Nongr-Massom est estimée en 2016 à 337 367 habitants et se répartit comme suit : 321 357 habitants vivant en zone urbaine et 16 010 en zone rurale<sup>2</sup>. Le nombre de ménages est de 21 037 en zone urbaine et de 2 249 en zone rurale. La dimension moyenne de la famille est de 5 personnes en milieu urbain et de 6 personnes en milieu rural<sup>3</sup>. Les populations cibles se composent comme suit : 44383 enfants de moins de 5 ans, 13318 grossesses attendues, 11098 accouchements attendus et 88098 femmes en âge de procréer.

La densité moyenne de la population en 2013 est estimée à 2191 habitants au km<sup>2</sup><sup>4</sup>. Elle est certainement plus forte en zone non lotie<sup>5</sup> mais il n'existe pas de données permettant de cerner l'ampleur des problèmes de surpopulation. En ce qui concerne les mouvements migratoires de population, on se trouve face aux situations suivantes :

- les jeunes des villages périphériques de l'arrondissement n°4 migrent vers les centres urbains à la recherche d'un meilleur revenu. Ce qui pose un problème de maîtrise de données démographiques ;
- en hivernage, une frange de la population citadine migre vers les villages pour les travaux champêtres et regagne la ville après les récoltes entraînant ainsi des difficultés de maîtrise du nombre de la population et partant, une difficulté d'interprétation des indicateurs et une nécessité d'adaptation des stratégies d'intervention.

Les domaines d'activité sont très diversifiés. L'agriculture, l'élevage, la culture maraîchère et l'artisanat sont les principales sources de revenus. Sur le plan commercial tous les secteurs disposent d'un marché en zone urbaine. En zone rurale les quatre villages (Nioko II, Polesgo, Roumtenga, Songdin) ne disposent pas de marché aménagé. Il faut aussi noter la présence d'un important marché de bétail au secteur 17 et un marché de Poisson au secteur 18. La zone industrielle située dans la partie Nord du secteur 19 est source de revenus par l'importante main d'œuvre qu'elle utilise.

---

<sup>2</sup> Sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006

<sup>3</sup> INSD (2008)

<sup>4</sup> Sur la base des données populationnelles de l'INSD 2013

<sup>5</sup> Zone d'habitations spontanées

Cependant, il convient de souligner que certaines unités industrielles ne disposent pas en leur sein, de dispositif de traitement des fumées et /ou de mini station de traitement des eaux usées avant leurs rejets dans la nature. Celles qui en disposent connaissent des dysfonctionnements et contribuent ainsi à polluer l'environnement à travers les nuisances olfactives, sonores et le rejet des résidus de produits chimiques et sont, par conséquent, sources de maladies et d'accidents professionnels.

Selon l'Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD), en 2014, une proportion de 40,1% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté au niveau national. Ce niveau global cache toutefois des disparités selon la région et le milieu de résidence.

Du fait de la présence de l'abattoir, la profession de charcutier est très développée ; cette profession se fait de père en fils et peut constituer une cause de non-scolarisation des enfants. Cette situation peut être un frein au changement de comportement.

Le District héberge également trois (03) grands hôtels situés en bordure des barrages n°2 et n°3 (Ricardo, Silmandé et Dragon). La forêt classée « BangréWeogo » avec un climat spécifiquement doux offre un cadre récréatif pour la population et constitue également une source importante de plantes médicinales pour la pharmacopée.

## **II.2 Données socioculturelles**

Les principaux groupes ethniques sont les Mossés et les Peulhs. Cependant la partie urbaine est fortement cosmopolite. Deux principales religions à savoir l'islam et le christianisme se partagent une grande majorité de la population ; l'islam s'adjudant la plus grande part. En dehors de ces deux religions, le culte des ancêtres est perpétué à travers les pratiques coutumières préservées par les responsables coutumiers. Il existe également dans le District sanitaire de nombreux rites, coutumes et tabous néfastes à la santé dont les données quantitatives ne sont cependant pas disponibles. Ce sont : les mutilations génitales féminines, le mariage forcé, etc.

La médecine traditionnelle est beaucoup ancrée au sein des populations. En 2016, cent soixante - cinq (165) tradipraticiens de santé ont été recensés. La collaboration avec les tradipraticiens de l'Arrondissement de Nongr-Massom s'est vue renforcée depuis 2008 avec la tenue régulière des rencontres ECD/ICP/ (Equipe Cadre de District/Infirmiers Chef de Poste) et tradipraticiens.

Diverses associations organisées au sein d'une cellule de coordination interviennent dans le District. Elles mènent des activités comme la mobilisation sociale, la sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA et bien d'autres thématiques de la santé. La contractualisation est effective depuis 2010 dans le District avec les organisations à base communautaire d'exécution (OBCE) et le ministère de la santé

à travers le PADS (Programme d'Appui au Développement Sanitaire). Le taux brut de scolarisation est passé de 48,7% en 2000/2001 à 76% en 2009/2010 (SCADD 2011-2015).

### **III. Généralités sanitaires du District**

Cette section donne un aperçu général de la morbidité dans le District. Mais avant, nous aborderons les comportements néfastes à la santé.

#### **III.1 Les comportements néfastes à la santé**

A l'instar des autres arrondissements, la population jeune s'adonne de plus en plus à l'alcool, à la drogue et au tabagisme. Les mutilations génitales féminines, le mariage forcé, le lévirat et le sororat existent dans le District mais il est difficile de mesurer leur ampleur du fait de l'absence de données statistiques. On note une floraison de bars, buvettes et autres débits de boissons. La prostitution est un problème préoccupant car les auberges, les chambres de passe se développent de façon anarchique surtout dans les zones non loties. Cette situation pourrait favoriser les cas d'IST et de VIH/SIDA.

Des habitudes alimentaires néfastes telles que les interdits alimentaires (comme les œufs interdits pour les enfants) et le gavage traditionnel persistent dans la communauté ; ce qui pourrait expliquer la prévalence élevée de la malnutrition dans le District.

D'une manière générale, un système de gestion des ordures ménagères a été mis en place par l'autorité municipale au profit des ménages mais celui-ci reste inaccessible, peu exploité et/ou mal utilisé par une frange de la population. En effet, peu de ménages sont abonnés aux Groupements d'Intérêt Economique (GIE) et on observe un peu partout des tas d'immondices en dehors des décharges contrôlées mises en place. S'agissant de l'évacuation des eaux usées domestiques, à l'instar des autres arrondissements, il n'existe pas de système formel mis en place par la municipalité. Ainsi, la population évacue les eaux usées dans des puisards non aménagés ou souvent dans les rues. Ce qui a pour conséquence la persistance des maladies diarrhéiques chez les enfants.

Signalons néanmoins l'expérience pilote de Somgandé sur la gestion des eaux usées domestiques sous financement de ONU Habitat (système d'égout à faible diamètre) qui gagnerait à être renforcée et vulgarisée. En outre, le District sanitaire abrite la Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou (MACO) ainsi que la prison de haute sécurité de Ouagadougou dont les populations carcérales vivent dans des conditions spécifiques telles la promiscuité, la précarité de l'hygiène et la malnutrition. Cette situation a pour conséquence la prolifération de certaines maladies comme la tuberculose, le VIH/SIDA les affections dermatologiques...

Nous notons également des infrastructures à but social :

- le centre Delwendé s'occupe des personnes âgées abandonnées ;
- l'Association des Parents et amis d'Enfants Encéphalopathes (APEE);
- le Village SOS accueille des enfants abandonnés et orphelins ;
- le centre « une vie meilleure » d'accueil de jour pour handicapés et personnes âgées de la Croix Rouge ;
- la pouponnière du centre Protestant s'occupe des orphelins et enfants abandonnés ;
- l'association REMAR qui est un centre d'accueil de nouveaux nés et enfants orphelins ou abandonnés ;
- le CREN (Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle) ;
- l'association MORIJA qui vient médicalement en aide aux personnes défavorisées ;
- l'Arche de Nongr-Massom qui prend en charge les enfants encéphalopathes : éducation, insertion socioprofessionnelle.

Le District sanitaire de Nongr-Massom entretient de bonnes relations avec ces structures. C'est ainsi que ses agents de santé travaillent au dispensaire de la MACO, au centre Delwendé et au centre « une vie meilleure ».

### **III.2 Morbidité générale**

Il y a dix (10) principales maladies dominantes dans le District sanitaire de Nongr-Massom, en 2014. Le tableau 1 suivant en donne un aperçu.

**Tableau 1** : Proportion des dix principales affections

Affection ou symptôme dominant	Moins d'1 an ans	1 – 4 ans	5–14 ans	Homme	Femme	Total	Proportions
<b>Paludisme</b>	13627	36544	34214	28900	40411	153696	36,87
<b>IRA</b>	8489	15162	9095	9991	10270	53007	12,72
<b>Affection de la peau</b>	1768	2547	1770	2515	2138	10738	2,58
<b>Parasitoses intestinales</b>	514	2170	2053	2140	2599	9476	2,27
<b>Plaie</b>	115	1405	1963	3288	1719	8490	2,04
<b>Diarrhées</b>	2387	2345	902	1067	1179	7880	1,89
<b>Autres affections de l'appareil digestif</b>	1018	948	442	1382	1306	5096	1,22
<b>Conjonctivites</b>	904	1291	824	850	985	4854	1,16
<b>IST</b>	68	0	16	672	4997	5753	1,38
<b>Dysenterie</b>	292	915	400	704	858	3169	0,76
<b>Total des 10 principales affections</b>	29182	63327	51679	51509	66462	262159	62,89
<b>Total consultations</b>	42252	78746	66881	98358	130622	416859	100

*Source* : Plan d'action 2016 du District sanitaire Nongr-Massom

Ces dix pathologies représentent 62,89% de l'ensemble des motifs de consultation (176864 cas) dans le District sanitaire de Nongr-Massom. Le paludisme représente 38,44% des motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans en 2014. Le District a aussi enregistré 1286 cas de paludisme grave chez les femmes enceintes. Le taux de disponibilité des kits de paludisme grave est de 100% au niveau du Dépôt Répartiteur du District (DRD). Le paludisme demeure la pathologie dominante au cours des trois dernières années avec des proportions respectives de 36,97% en 2011 et 36,30% en 2012 et 36,87% en 2014. Plusieurs raisons pourraient expliquer la prédominance du paludisme :

- le non-respect de mesures préventives (Traitement Intermittent du Paludisme ou TPI utilisation permanente de la Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action, en abrégé MILDA, l'assainissement du milieu) ;
- le recours à l'automédication ;
- le retard dans la prise en charge des cas.

### III.3 La Consultation Périnatale (CPN) et Postnatale (CPoN)

Le tableau suivant donne les résultats de l'évolution des taux de couverture en CPN de 2012 à 2014.



**Tableau 2:** Évolution des taux de couverture en CPN de 2012 à 2014

Indicateurs	2012	2013	2014	Objectif en fin 2015
CPN1	84,08%	79,95%	89,62%	85%
CPN2	78,36%	68,32%	76,48%	80%
CPN4	37,01%	32,93%	35,01%	45%

*Source* : District sanitaire Nongr-Massom

Ce tableau souligne la faiblesse de la CPN4 qui pourrait s'expliquer par les consultations tardives et la méconnaissance des signes de danger de la grossesse. La consultation post natale est effective dans toutes les FS (Formations Sanitaires) normalisées du District mais reste également faible. Sur 10108 accouchements effectués seulement 3245 femmes ont été vues en consultations post natale. La couverture en CPoN est de 32,10% en 2014. Ce taux reste toujours faible dans l'ensemble du District sanitaire de Nongr-Massom.

#### **IV. Présentation des structures de santé composant le District**

Le District compte neuf centres de santé et de promotion sociale qui constituent le premier échelon et un centre médical avec antenne chirurgicale qui est le deuxième échelon.

##### **IV.1 Le premier échelon : Le Centre de Santé et de Promotion Sociale**

Le premier échelon est constitué des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). On en dénombre neuf (09) dans le District sanitaire de Nongr-Massom. Ce sont : le CSPS du secteur 13, du Centre Médical Urbain du secteur 23 (CMU), des CSPS du secteur 25, de Bang-Pooré ; celui de Polesgo, de Roumtenga, Sakoula, Songdin, et enfin le CSPS du secteur. Ce niveau constitue le premier contact de la population pour les soins de santé dans la pyramide sanitaire. Les centres de santé de ce premier niveau rencontrent quelques difficultés qui méritent d'être abordées :

- Les Formations Sanitaires (FS) de Songdin, Polesgo, Bangpooré et du Secteur 25 ne disposent pas de dépôt de Médicaments Essentiels Génériques (MEG). Ces FS ont aménagé des salles pour la vente MEG
- Les dispensaires de Polesgo et du Secteur 27 ne répondent pas aux normes en matière de construction (locaux exigus).
- les dispensaires de Sakoula et de Songdin sont en mauvais état ;
- les logements des Infirmiers Chefs de Poste (ICP) de Polesgo, Roumtenga et de Sakoula sont en mauvais état ;



- le CMU du secteur 23 dispose d'un laboratoire non fonctionnel (manque d'équipement et de personnel).

Les services déconcentrés de l'Office de Santé des Travailleurs (OST) sont au nombre de sept (07) dont cinq dans la zone industrielle et deux au secteur 27. On dénombre 46 structures privées dans le District sanitaire de Nongr-Massom dont deux polycliniques et une clinique. Les formations sanitaires du public et du secteur privé partagent les mêmes aires sanitaires donc les mêmes populations cibles.

## **IV.2 Le deuxième échelon : L'hôpital du District de Nongr-Massom**

Encore appelé Centre Médical avec Antenne chirurgicale, l'hôpital du District de Nongr-Massom est le centre de référence du District sanitaire de Nongr-Massom.

### **IV.2.1 Cadre organisationnel et fonctionnel de l'hôpital**

L'hôpital du District sanitaire de Nongr-Massom est situé au secteur 26 de Ouagadougou, à proximité de la zone industrielle limité par les écoles primaires de Kossodo à l'ouest, l'axe Ouaga-Kaya au nord et au sud par le parc Bangréweogo. Il constitue avec celui de Boulmiougou, de Bogodogo et de Sig-Nonghin, les quatre (04) Hôpitaux de District de la région sanitaire du Centre. Contrairement aux trois autres hôpitaux, l'hôpital du District sanitaire de Nongr-Massom offre des interventions du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA). Il dispose de 10 unités de soins à savoir la médecine, le service de pédiatrie, le service de gynéco-obstétrical (unité de maternité et de gynécologie), le service du bloc (unité de chirurgie et du post-opéré), le service de prise en charge des maladies et du Virus de l'Immunodéficience Humaine (PECIM/VIH), l'unité d'ophtalmologie, l'unité d'ORL (Oto-Rhino-Laryngologie), l'unité de santé mentale, l'unité de santé et de sécurité au travail et le laboratoire. Chaque unité de soins est sous la responsabilité d'un surveillant d'unité. Quant aux services, ils sont dirigés par des chefs de services, tous médecins spécialistes. La coordination des soins est assurée par un attaché de santé en soins infirmiers et obstétricaux. Mais, il faut souligner que l'hôpital de District sanitaire de Nongr-Massom ne dispose pas de bureau en quantité suffisante, de service de tri, et de certains services spécialisés (imagerie médicale, pédiatrie).

Les infrastructures actuelles de l'hôpital de District sanitaire connaissent une évolution avec la construction de nouveaux bâtiments devant abriter le siège de l'ECD, le service d'Odontologie. Cependant, ces nouvelles infrastructures ne sont pas encore fonctionnelles (manque d'équipement et non électrifié). Aussi, les planchers de certains bâtiments sont mal lissés et non carrelés rendant

difficile leur entretien. Par ailleurs, certains bâtiments sont attaqués par les termites. Malgré ces constructions, quelques infrastructures (bloc opératoire, dispensaire, salles d'hospitalisation) restent insuffisantes, vétustes et inadaptées pour offrir des soins de qualité.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL ET REVUE DE LITTERATURE

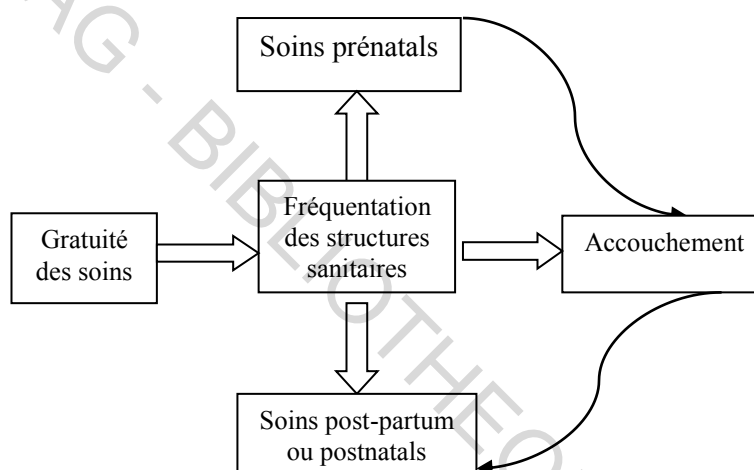
Dans ce chapitre, seront abordées la définition des concepts et la littérature de l'instance suprême de la santé (Organisation Mondiale de la Santé), existante sur le sujet, à travers le cadre conceptuel. Nous exposerons aussi les travaux des précurseurs et les méthodes qu'ils ont utilisées tout en confrontant les différents points de vue sur les politiques de gratuité et leurs effets.

### I. Cadre conceptuel

Il s'agira de faire une description du schéma conceptuel et de terminer par la définition des concepts.

#### I.1 Description du schéma conceptuel

**Graphique 1:** Schéma conceptuel



Le schéma ci-dessus stipule que la gratuité des soins induirait une hausse de la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes. Cette fréquentation se traduirait par une hausse de la consommation de soins prénatals et postnatals ainsi que des accouchements.

## **I.2 Définition des concepts**

### **❖ Structures sanitaires**

Les structures sanitaires sont un ensemble d'infrastructures, d'équipements et d'organisation mises en place pour prodiguer des soins de santé.

### **❖ District sanitaire**

Selon l'OMS « le district sanitaire est une zone décentralisée relativement autonome économiquement viable et couvrant l'essentiel des besoins de santé des populations résidant dans ses limites géographiques, on y trouve les autres services connexes et les partenaires au développement sanitaire entretenant une collaboration intersectorielle ».

Les Districts sanitaires sont chargés de la planification opérationnelle et de la mise en œuvre des programmes de santé. Ils coordonnent les activités des Centres de santé et de promotion sociale et des Centres médicaux avec antenne chirurgicale de leur ressort<sup>6</sup>.

### **❖ Fréquentation des structures de santé**

C'est le fait que la population se rende habituellement dans les formations sanitaires afin de bénéficier d'une prise en charge (soins de santé).

### **❖ Gratuité des soins**

C'est un dispositif de politique sanitaire en vue de la suppression des barrières financières à l'accès aux soins des populations. Selon Witter (2009)<sup>7</sup>, c'est la suppression officielle des paiements directs pour les services de santé, qui cible un groupe, une région, ou un service. Au Burkina Faso, la politique de gratuité des soins ciblent les enfants de moins de cinq ans et les femmes. Cette politique a été préconisée par de nombreux experts et ONG (Organisations Non Gouvernementales) internationales depuis une dizaine d'années, et a été reprise à leur compte par d'importantes institutions d'aide au développement comme la Banque mondiale (Olivier de Sardan et al. 2010). La mise en œuvre de la gratuité découle du constat d'un échec du recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) en ce qui concerne la prise en charge des patients démunis, du fait de l'absence de mesures d'aides ou d'accès gratuit en leur faveur (Ridde, 2007).

---

<sup>6</sup> [http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com\\_content&view=article&id=196&Itemid=1039](http://www.sante.gov.bf/index.php?option=com_content&view=article&id=196&Itemid=1039)

<sup>7</sup> Cité par Ridde (2010)

### ❖ Soins prénatals

Ce sont des soins dont l'objectif est de prévenir, dépister précocement et de prendre en charge les complications pouvant affecter la santé de la mère et de l'enfant à naître, mais aussi d'accompagner la femme et ses proches pendant toute la grossesse (Prual et al. 2002). La Consultation Périnatale (CPN) est définie comme étant une activité préventive dirigée vers la population cible des femmes enceintes.<sup>8</sup> En effet, la grossesse est un événement naturel qui ne se déroule pas toujours normalement. Son suivi est alors nécessaire afin d'identifier d'éventuels risques et d'améliorer le pronostic de la grossesse. Les prestations délivrées par les professionnels des soins à l'occasion des CPN ont une incidence positive sur l'évolution de la grossesse (santé de la mère et de l'enfant à venir). La CPN favorise en outre la participation active de la femme enceinte dans le suivi de sa grossesse, ce qui va contribuer à l'amélioration de sa santé.

Les visites prénatales sont également une occasion pour les prestataires de permettre à la femme enceinte d'effectuer un bilan de santé, de lui fournir des soins préventifs et éventuellement un traitement et de lui apprendre des mesures à observer à domicile pour mieux suivre sa grossesse et améliorer les chances de survie de son nouveau-né ; elles visent donc à prévenir les complications, à se faire dépister et à établir le pronostic de l'accouchement (Tiembré et al. 2010). L'OMS recommande quatre consultations dont une par trimestre et une avant l'accouchement dans le cadre de la campagne pour la réduction de la mortalité maternelle et pour assurer le continuum de soins qui crée les conditions pour la réduction de la mortalité maternelle.

En 2015, 303 000 femmes sont décédées de causes liées à la grossesse, 2,7 millions de nourrissons sont morts lors de leurs 28 premiers jours de vie et 2,6 millions de bébés sont mort-nés, selon une estimation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En conséquence, l'organisme propose une liste de recommandations (des interventions diététiques en passant par la prévention du paludisme, traitement préventif intermittent pendant la grossesse ) pour de meilleurs soins aux femmes enceintes, permettant ainsi de réduire le risque de complications et de mortinaissance (cas d'un bébé mort-né) et que les futures mamans aient une meilleure expérience de la grossesse. L'OMS recommande par ailleurs de donner des compléments en fer et en acide folique pour limiter les risques d'anémie, de naissances prématurées et de septicémie puerpérale. Les médecins ajoutent que, selon son calendrier vaccinal, une femme enceinte doit subir un vaccin antitétanique. Par ailleurs, une échographie avant la vingt-quatrième semaine est conseillée.

### ❖ Soins postpartum ou postnatals

---

<sup>8</sup> Yéo (2002)

Postpartum signifie après l'accouchement(en parlant de la mère) et Postnatal après la naissance (en parlant du bébé), mais les deux termes sont utilisés indifféremment dans la littérature. Le postpartum ou suites de couches débute environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent. Les soins à apporter dans le post-partum doivent répondre aux besoins particuliers de la mère et de l'enfant au cours de cette période et doivent comporter : la prévention, la détection précoce et le traitement des complications et des maladies ainsi que la fourniture de services et de conseils sur l'allaitement au sein, l'espacement des naissances, la vaccination et l'alimentation maternelle.

La naissance d'un enfant désiré est, en général, un heureux évènement. Malgré la douleur et l'inconfort, la naissance longtemps attendue est le point culminant de la grossesse et le début d'une nouvelle vie. Cependant, la naissance est aussi un moment critique pour la santé de la mère et de l'enfant. Des problèmes peuvent survenir qui, s'ils ne sont pas traités rapidement et efficacement, peuvent entraîner des complications, voire le décès de l'une et/ou de l'autre. Néanmoins, le postpartum est une période souvent négligée dans les maternités. L'absence de soins pendant cette période ne tient pas compte du fait que la plupart des décès et des incapacités enregistrées chez les mères se produisent dans le post-partum et que la mortalité néonatale précoce reste importante.

En outre, le postpartum est une période de transition critique pour la femme, son nouveau-né et sa famille sur le plan physiologique, affectif et social. Néanmoins, dans les pays en développement comme dans les pays développés, les besoins des femmes et des nouveau-nés au cours de cette période ont bien trop souvent été éclipsés par l'attention portée à la grossesse et à l'accouchement. C'est ainsi que l'on occulte le fait que la plupart des incapacités et des décès maternels surviennent dans le post-partum et que la mortalité néonatale précoce reste élevée. Selon l'OMS (1998), « Près de la moitié des décès pendant le postpartum surviennent dans la journée qui suit l'accouchement et 70 % dans la semaine qui suit ».

Souvent dictés par des considérations d'ordre économique, les maigres soins offerts (qui sont parfois inexistant) aux femmes et à leurs nouveau-nés, à domicile ou dans les centres de santé ne contribuent que modestement à leur bien-être et n'offrent qu'une base fragile à leur santé future. Des soins de mauvaise qualité réduisent les occasions de promouvoir la santé et de déceler précocement ainsi de prendre en charge correctement les problèmes et les maladies.

### **I.3 Organisation Mondiale de la Santé et santé maternelle**

Dans cette partie, nous aborderons le volet de l'accès des femmes enceintes aux soins de santé et les actions envisageables pour leur sauver la vie selon l'OMS.

#### **I.3.1 L'accès des femmes enceintes aux soins de santé**

Selon l'OMS, aujourd'hui, une (1) grossesse sur cinq(5) est pathologique, c'est-à-dire mettant en jeu la santé de la mère et/ou de l'enfant. Il s'agit principalement de prématurité et de retard de croissance de l'enfant. Un handicap sur deux de l'enfant à la naissance provient de ces grossesses pathologiques. Il est possible de les prévenir par la production de connaissances scientifiques (la recherche), la formation des professionnels en périnatalité et une meilleure information des femmes.

Les scientifiques savent aujourd'hui que ces grossesses pathologiques sont également à l'origine de nombreuses autres maladies qui se déclareront à l'âge adulte : obésité, diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires, etc. (OMS, 2016) ; C'est la raison pour laquelle l'égalité d'accès aux soins est un véritable enjeu de santé publique : le phénomène de renoncement aux soins pour causes financières menace de plus en plus fortement la santé des mères et des enfants.

Selon l'OMS, les soins prénatals donnent également au personnel soignant la possibilité de fournir aux femmes enceintes une aide et des informations, notamment sur le mode de vie, la prévention des maladies et la planification familiale.

La mortalité maternelle est très élevée, ce qui est inacceptable. Environ huit cent trente (830) femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités<sup>9</sup>.

Les femmes décèdent par suite de complications dont la plupart apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées<sup>10</sup>. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes <sup>11</sup>:

- ❖ Hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement) ;
- ❖ Infections (habituellement après l'accouchement) ;

---

<sup>9</sup>Alkema et al. (2016)

<sup>10</sup> Rapport OMS (2016).

<sup>11</sup> Say et al. (2014)

- ❖ Hypertension durant la grossesse (pré éclampsie et éclampsie) ;
- ❖ Complications dues à l'accouchement ;
- ❖ Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse.

### **I.3.2 Comment peut-on sauver la vie des femmes ?**

La majeure partie des décès maternels sont évitables car on connaît bien les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications. Toutes les femmes doivent avoir accès aux soins prénatals pendant la grossesse, bénéficier de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement et recevoir des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent cet accouchement (OMS,2016).

La santé maternelle et celle du nouveau-né sont étroitement liées. Il est donc fondamental que toutes les naissances aient lieu en présence de professionnels de la santé compétents, car une prise en charge et un traitement rapide peuvent sauver la vie de la mère et de l'enfant. On estime qu'environ 2,7 millions de nouveau-nés sont décédés en 2015<sup>12</sup> et 2,6 millions d'autres enfants sont mort-nés<sup>13</sup>.

## **II. Revue de littérature**

Cette section traitera des travaux des précurseurs sur la fréquentation des centres de santé, suivi des différents points de vue sur les effets de la politique de gratuité.

### **II.1 Fréquentation des centres de santé**

#### **II.1.1 Suivi de la grossesse dans les centres de santé (CPN)**

La Consultation Périnatale(CPN) connaît un réel succès auprès des femmes en Afrique de l'Ouest. Là où elle est accessible, les femmes l'utilisent largement malgré des conditions d'accueil souvent difficiles<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> UNICEF, WHO, the World Bank, United Nations population division, Levels and trends in Child mortality, Report 2015, The inter-agency group for child mortality estimation (UN IGME),New York, USA

<sup>13</sup> Blencowe et al. (2016)

<sup>14</sup> <https://www.em-consulte.com/en/article/114377>



Le coût des soins et les faibles capacités financières des femmes et de leurs familles sont, en général désignés comme limitant l'accès aux services de santé modernes, notamment les services de santé maternels, dans les pays en développement (Ridde et al. 2004).

De ce fait, l'introduction des paiements directs dans les services préventifs et curatifs du secteur sanitaire public en Afrique, a eu comme corollaire une exclusion des gens les plus pauvres et plus particulièrement des femmes des milieux ruraux (Ridde, 2004). Il a été démontré qu'au Burkina Faso, après l'utilisation de la médecine traditionnelle, le manque de ressource financière est la deuxième explication du non recours aux soins. En effet, les femmes ont généralement recours à la médecine traditionnelle pour son accessibilité économique, géographique et culturelle (Beninguisse et al. 2008 ; Mathole et al. 2004). Plusieurs autres études ont révélé que l'appartenance à un ménage riche influence positivement l'utilisation des services de santé et des soins prénatals (Ridde et al. 2004).

Cependant, De Allegri et al. (2011) ont montré dans leur étude une relation négative entre le revenu de la famille et l'utilisation des soins prénatals dans le District sanitaire de Nouna au Burkina Faso. Selon cette étude, les femmes des ménages les plus aisés seraient moins disposées à utiliser les services de soins prénatals que les femmes des ménages pauvres. L'explication plausible avancée par ces auteurs est l'exemption des frais de santé en vigueur dans ce District sanitaire qui aurait encouragé les femmes des ménages pauvres à utiliser beaucoup plus les services de soins prénatals. L'augmentation accrue de la fréquentation des services de soins prénatals, dont les longues heures d'attente qu'elle engendre, pourraient dissuader les femmes des ménages plus aisés à recourir aux Consultations Périnatales(CPN). D'autres études soutiennent que l'exemption des frais de santé pour les populations les plus pauvres augmenterait l'utilisation des services de santé dans les pays en voie de développement (Ridde et al. 2010).

### **II.1.2 Accouchement dans les centres de santé**

Le coût potentiellement élevé des soins obstétricaux les rendent inabordables pour de nombreux ménages. Par conséquent, en l'absence de complications graves, ce coût représente un obstacle important à la demande de soins lors de l'accouchement, en particulier pour les pauvres et les personnes isolées géographiquement (Koblinsky et al. 2006). Bien que le tarif en vigueur dans les établissements ne constitue qu'une composante du coût total, certaines études ont explicitement évalué son impact sur la demande de soins. L'évaluation du taux d'accouchements avant et après l'introduction de la tarification des prestations à la charge des utilisateurs montre dans la plupart des cas une réduction du nombre d'accouchements dans les structures de soins (Owa et al. 1992; Owa et

al. 1995; Mbugua et al. 1995; Taylor et al.1993). Au Nigéria, le nombre d'accouchements a chuté de 46 à 50% suite à l'introduction de la tarification des prestations dans un hôpital entre 1983-1988 (Owa et al. 1992 ; Owa et al.1995). Pendant la même période, la proportion d'accouchements sans préinscription à l'hôpital a également augmenté, ce qui suggère que les femmes ne planifiaient pas d'accoucher à l'hôpital et ne s'y rendaient que lorsque des complications survenaient<sup>15</sup>.

Dans la même lancée, une réduction de 12% des admissions dans les maternités a été observée au Kenya (le système de tarifications des soins a été arrêté un an après son introduction) (Mbugua et al. 1995) et à Harare, au Zimbabwe, les accouchements dans un centre de santé ont diminué de 19% entre 1981 et 1988 suite à l'introduction d'un système de tarification des prestations (Taylor et al. 1993). De manière similaire, au Rwanda, l'utilisation des services offerts par les centres de santé ont baissé de 0,3 consultations curatives (incluant les accouchements) par habitant en 1997 à 0,25 en 1999 (Schneider et al. 2006). Au Bangladesh, Afsana (2004) a montré que le coût élevé des soins démotivait les femmes de recourir aux soins hospitaliers.

Toutefois, dans une structure sanitaire de troisième niveau au Cambodge, la moyenne mensuelle du nombre d'accouchements a augmenté suite à l'introduction d'un système de tarification des prestations. Ce nombre qui était moins de 319 avant l'introduction de la tarification est passé à 585 accouchements par mois après (Akashi et al. 2004). La nouvelle tarification était en fait inférieure à la tarification non officielle qui était en vigueur auparavant, mais les recettes générées étaient allouées au salaire du personnel. Au cours de la même période, un système d'exemption a également été institué, et entre 4 à 7% des patientes ont été dispensées de paiement (Akashi et al. 2004). Dans les zones où une tarification non officielle existe, instituer un système de tarification formel peut être bénéfique, surtout si les exemptions sont bien ciblées (Ensor et al. 2005). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'introduction d'un système de tarification des prestations n'a eu aucune incidence sur la proportion d'accouchements réalisés dans les structures sanitaires (Benjamin et al, 2001).

### **II.1.3 Soins postnatals dans les centres de santé**

Globalement, le manque de soins obstétricaux financièrement accessibles peut également jouer un rôle dans la réduction de la demande de soins en post-partum. Les femmes et les familles peuvent percevoir ces soins comme une charge financière supplémentaire et non essentielle (Borghi et al. 2008). En effet, dans de nombreux pays à faibles ressources, la demande de soins postnatals est très inférieure à celle des soins prénatals et des soins lors de l'accouchement. Plusieurs facteurs

---

<sup>15</sup> Ibidem

concourent à expliquer cette faible couverture, notamment le manque de priorité que donnent les autorités de santé publique aux services de soins postnatals (Warren et al. 2006).

Au Burkina Faso, les femmes ont semblé plus souvent avoir eu des difficultés à accéder aux soins post-partum qu'elles jugeaient nécessaires si elles avaient eu une complication grave, et avaient été ainsi exposées à des dépenses élevées (Storeng et al. 2008). La couverture des services postnatals est faible alors que les femmes rapportent elles-mêmes un nombre important de complications dans la période post-partum (Filippi et al. 2007 ; Uzma et al. 1999).

Le coût élevé des soins lors de l'accouchement pourrait également affecter la capacité à payer pour les services de prévention, tels que les soins du nouveau-né et la planification familiale pendant le post-partum. Néanmoins, d'autres investigations sont nécessaires pour confirmer ces interactions (Islam et al. 2006).

## **II.2 Effets de la gratuité des soins sur la fréquentation des centres de santé.**

Fafchamps et al. (2007) ont mené des études sur les effets de l'exemption temporaire des paiements pour l'ensemble des services de santé publics à Madagascar entre 2002 et 2003. Et comme méthode, ils ont utilisé les données de 138 centres de santé de tout le pays, sur les périodes de novembre à décembre 2001, de mai à juin 2002 et de novembre à décembre 2002 et ils ont appliqué le modèle de régression multi variée. Avec cette politique, le nombre mensuel moyen de visites a été multiplié par 2 sur la 2e période dans les formations sanitaires, par rapport au niveau précédent la crise politique (208 contre 117). A ce premier effet, s'ajoute une plus grande fréquentation des patients pauvres dans les formations sanitaires. L'abolition est associée à une augmentation de 22% du nombre de visites dans les formations sanitaires.

De plus, Touré (2012) dans son étude sur la perception des politiques d'exemptions de soins au Mali conclue que plus de 80% des acteurs reconnaissent que ces politiques ont résolu certains problèmes ou entraîné des changements positifs. Elles favorisent notamment l'accès aux soins et permettent une meilleure gestion de la maladie, par un recours aux structures de santé dès les premiers symptômes de maladie et par la disponibilité des médicaments (notamment les antirétroviraux ou ARV) ; 84% des interlocuteurs affirment que ces politiques ont augmenté l'utilisation des services et 92% soulignent qu'elles bénéficient aussi aux plus pauvres.

Cependant, ces résultats sont contestés par certains auteurs pour qui beaucoup de ces programmes étudiés ont échoué à cibler les véritables pauvres qui constituent pourtant dans certains cas la majorité des exclus (Dutrey, 2007).

Par ailleurs, en Ouganda, Yates et al. (2006) en utilisant les données administratives du Ministère de la santé concluent après leur étude qu'il y a eu une augmentation de 84% des consultations dans les structures sanitaires publiques et privées sans but lucratif et de la proportion d'enfants recevant la 3e dose de vaccin DTP (gratuit avant abolition) (de 48 à 84%) entre l'année 2002-2003 et l'année 2000-2001.

Toutefois, Wilkinson et al. (2001) trouvent des tendances mitigées en Afrique du Sud où l'extension de l'exemption à l'ensemble de la population en 1996 n'a eu que peu d'effets sur le nombre de consultations qui avaient pourtant augmenté après la 1ère mesure d'exemption pour les enfants et les femmes enceintes. En effet, de façon plus détaillée en se basant sur les données des registres d'une clinique mobile de janvier 1992 à mars 1998, ils concluent les résultats suivants sur l'utilisation des services de santé :

❖ **Entre 1992 et 1998 :**

Ils notent une augmentation soutenue et substantielle de la fréquentation totale et des nouveaux patients pour les services curatifs primaires. De même qu'une baisse graduelle et soutenue du nombre de femmes utilisant les services prénatals et une baisse du nombre de nouvelles visites et de la fréquentation totale des services pour les enfants de moins de 6 ans (vaccination et suivi de croissance)

❖ **Après 1996 :**

Ils soulignent qu'il y a eu peu d'effet de la seconde politique sur la tendance globale à la hausse concernant les soins curatifs primaires ajouté à une baisse plus rapide du nombre de femmes utilisant les services prénatals après l'implantation de la deuxième politique, mais il n'y a pas de preuve d'un effet de la 2e politique sur la tendance globale à la baisse. Pas de preuve non plus d'un effet de la deuxième politique sur la tendance globale à la baisse concernant les enfants de moins de 6 ans. Au Kenya, l'augmentation du nombre de consultations n'a pas rattrapé le niveau d'utilisation précédent la mise en place des paiements directs (Mwabu et Wang'ombe, 1997).

### **II.2.1 Effets sur les Consultations Prénatales**

Aka et al. (2016) ont mené une étude rétrospective et comparative dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalo-universitaire (CHU) de Yopougon à Abidjan (Côte d'Ivoire). Cette étude avait pour objectif de mesurer les effets sur les consultations obstétriques des femmes et par ricochet sur les indicateurs de santé maternelle après l'instauration de la gratuité des soins de Mai 2011 à Décembre 2012. Ils constatent que le nombre de passage en moyenne chez le gynécologue

est passé de 8 à 12 femmes soit une hausse de 52%. Au total, l'on dénombre 19 à 29 consultations journalières. Les Consultations Périnatales étaient les plus fréquentes avec une hausse de 75%. L'unité de planification familiale avait reçu 2000 patientes supplémentaires sur la même période avec une augmentation significative de 25%.

Les travaux de Wilkinson et al. (2001) avaient montré, dans le même contexte de libre accès aux soins dans une zone rurale en Afrique du Sud, une augmentation constante du total des consultations pour les services curatifs et paradoxalement une diminution des consultations pour les soins prénatals. Cependant, cette différence n'était pas statistiquement significative en rapport avec la suppression des redevances qui était responsable d'un engorgement des consultations pour les soins prénatals.

## **II.2.2 Effets sur les accouchements dans les centres de santé**

Concernant les services maternels, nous remarquons que le nombre d'accouchements institutionnels augmentent au Ghana (Penfold et al. 2007). Penfold et al. (2007) ont réalisé une enquête en 2006 auprès de 2992 femmes, dont 1298 ayant accouché avant l'exemption et 1737 après l'exemption, dans une région de 1ère vague d'exemption (région du Centre) et une région de 2e vague (Volta). Leur étude révèle une augmentation du nombre d'accouchements institutionnels (+11,9 points de pourcentage dans la région du Centre, et +5 dans la région de la Volta), surtout parmi les femmes les plus pauvres (+22,1 points de pourcentage dans le Centre pour le 2e quintile le plus pauvre, et +20,3 dans la Volta pour le quintile le plus pauvre) et les moins éduquées (+16,4 points de pourcentage dans le Centre pour les femmes non éduquées, et +10,2 dans la Volta pour les femmes ayant un niveau d'éducation primaire).

Au Sénégal, après une évaluation menée par Witter et al, en 2008 dans cinq (5) Districts ayant mis en place l'exemption de 2005, nous constatons une hausse dans l'utilisation des services de santé, en l'occurrence une augmentation significative du nombre d'accouchements dans les formations sanitaires publiques en 2005 de l'ordre de 44% ; on note aussi une augmentation significative du nombre de césariennes dans les formations sanitaires publiques en 2005 d'environ 5,6%.

En revanche, les résultats des études réalisées en Ouganda sont discordants. Un article mentionne une augmentation de 28% du nombre d'accouchement en milieu de soins (Deininger et Mpuga, 2004), alors qu'un autre indique une baisse du nombre total d'accouchements en établissement de 23 à 20% (Yates et al. 2006).

Les effets de ces politiques au plan de l'utilisation des services sont considérés comme positifs par la plupart des écrits (Lagarde et al. 2011). Par exemple au Ghana, une étude montre qu'elle a permis une augmentation significative des accouchements dans les structures sanitaires et des

accouchements assistés par du personnel qualifié dans des régions où habituellement les femmes accouchaient à la maison (Penfold et al. 2007). La mesure a profité particulièrement aux plus pauvres (Dzakpasu et al. 2012). Cependant, il est probable que d'autres facteurs en dehors de la politique aient agi concomitamment dans l'accroissement du taux d'utilisation des services de soins (Dzakpasu et al. 2012).

Les résultats d'une étude longitudinale en Ouganda ont montré que le taux d'utilisation des services a augmenté de 26% en 2001, un an après la mise en place de la politique à 55% en 2002 avec un bénéfice net en faveur des pauvres (Nabyonga et al. 2005).

La suppression des frais a augmenté de 40% l'utilisation des services pour les moins de 5 ans au Burundi (McPake et al. 2008). Elle a également augmenté l'utilisation des services en Afrique du Sud, particulièrement pour les services curatifs (Wilkinson et al. 2001).

Au Burkina, la première évaluation d'impact des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) menée dans le District sanitaire de Nouna montre une augmentation significative de l'utilisation des services maternels par les femmes (De Allegri et al. 2012). Ce que confirme une étude récente menée dans le même contexte et qui estime que le nombre d'accouchements assistés est passé entre 2006 et 2011 de 48,9% à 90,3% (Ridde et al. 2014). L'effet protecteur de la politique sur les plus pauvres reste cependant mitigé à cause du mauvais ciblage des plus pauvres. Ce qui fait que seulement 10% des femmes identifiées comme pauvres par l'enquête ont été réellement exonérées du paiement des soins (Ridde et al. 2014). En outre, les effets de la politique sont hétérogènes en fonction des Districts. Une situation qu'une étude anthropologique explique par des facteurs contextuels comme le leadership de certains agents de santé, là où la hausse des accouchements a été positive (Belaid et al. 2014).

Des effets plus importants au niveau des accouchements assistés sont notés dans les Districts sanitaires où la gratuité des accouchements a été rendue totale avec l'aide d'une Organisation Non Gouvernementale (Ridde et al. 2012). C'est le cas aussi au Mali, où les soins subventionnés par une ONG puis rendus totalement gratuits par l'État à l'échelle du pays ont connu une hausse importante passant de 0,3 consultation annuelle par enfant à 1,8 (Heinmüller et al. 2012).

Par ailleurs, Olivier De Sardan et Ridde (2012) ont mené une étude sur l'exemption de paiement des soins au Burkina, Mali, Niger. Leur étude s'est intéressé aux aspects processuels de cette politique en prenant en compte les aspects systémiques et en utilisant des méthodes mixtes interdisciplinaires. Cette étude a permis de mettre en lumière la hausse du niveau de la fréquentation des centres de santé suite à la mise en place de la gratuité dans ces pays.

Cependant, les techniques d'enquêtes qualitatives utilisées ont seulement permis d'appréhender une certaine « qualité perçue » par l'utilisateur. Les méthodes actuelles de supervision ne sont pas adaptées à une réelle évaluation technique et professionnelle de la qualité des soins. La question de la qualité des prestations reste donc à documenter.

Notons aussi que Lagarde et al. en 2011, se sont intéressés à l'influence du paiement direct par le patient sur l'utilisation des services de santé dans les pays à faible et moyen revenus. Ils ont utilisé un modèle d'échantillonnage aléatoire, une méthode de contrôle avant et après ainsi qu'un modèle de séries tronquées. Cette étude a montré que l'introduction du paiement direct réduit significativement l'utilisation des services de santé.

Ridde et al. (2013) ont utilisé un modèle linéaire pour montrer l'impact d'une politique de recouvrements des coûts sur les dépenses des ménages au Burkina Faso. Au terme de leur étude, ils concluent que la politique d'exemption de paiement ciblée n'était pas aussi efficace qu'elle le devrait.

Grignon et al. (2003) ont mené des études sur l'impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations des soins en France. Ils ont utilisé une méthode de comparaison de l'évolution de la consommation de soins avant et après la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC).

Comme résultats, le taux de recours sur un an de la population bénéficiaire de la CMUC en 2000 était, au cours de la période « avant-avant » de 76%. Ce taux passe à 81% dans l'année précédant l'entrée dans la CMUC (période « avant ») et à 88% dans la période après CMUC c'est-à-dire en 2000.

### **II.2.3 Effets sur les soins postnatals**

Il y a eu peu d'écrits concernant les effets de la gratuité sur les soins postnatals ; la plupart des études se sont focalisées au niveau des effets sur les accouchements assistés par du personnel médical.

De Sardan et al. (2010) par le biais du Laboratoire d'Etude et de Recherche sur les Dynamiques sociales et le Développement Local (LASDEL) démontre les conséquences de la gratuité ciblée des soins au Niger en utilisant des méthodes d'enquête statistiques à travers leur Policy brief. Comme résultat, cette étude a conclu que la fréquentation dans les centres de santé par les mères et leurs jeunes enfants a significativement augmenté depuis la mise en place de la gratuité.



**PARTIE II**  
**CADRE PRATIQUE**

Dans cette dernière partie, après avoir abordé la méthodologie utilisée pour l'étude, nous terminerons par l'analyse des résultats et les recommandations.



## CHAPITRE I : METHODOLOGIE ET COLLECTE DES DONNEES

Cette partie traite des méthodes d'analyse de données et de collecte de données ainsi que des difficultés rencontrées pendant cette phase.

### I. Méthodologie

Il sera question ici de la littérature sur l'évaluation, ensuite viendra la méthode retenue pour l'analyse. La formulation mathématique du modèle sera précédée par la description du modèle de séries temporelles interrompues.

#### I.1 Littérature sur l'évaluation

C'est au lendemain de la seconde guerre mondiale qu'apparaît le concept d'évaluation des programmes publics. Il est en quelque sorte le corollaire du rôle de l'État dans les domaines de l'éducation, du social, de l'emploi, de la santé, par exemple. L'État se substituant au marché, il faut trouver des moyens pour que l'allocation des ressources soit la plus efficace possible. Les économistes élaborent alors des méthodes pour apprécier les avantages et les coûts de ces programmes publics. Ce sont les pionniers de l'évaluation. Mais, rapidement leurs approches se révèlent insuffisantes, en particulier lorsqu'il faut les appliquer aux programmes sociaux et à l'éducation. L'évaluation se "professionnalise" alors en adoptant une perspective interdisciplinaire et en insistant sur les aspects méthodologiques.

Selon Contandriopoulos et al. (1993), c'est durant les années soixante-dix (1970) que la nécessité d'évaluer les actions sanitaires devient impérieuse. La période de mise en place des grands programmes d'assurance-maladie est terminée. Le ralentissement de la croissance économique et le rôle de l'État dans le financement des services de santé rendent indispensable le contrôle des coûts du système de santé, sans pour cela qu'une accessibilité suffisante de tous à des services de qualité soit remise en question.

Les décisions nécessaires pour que cette double exigence soit respectée sont particulièrement difficiles à prendre à cause du caractère très complexe du système de santé, des larges zones d'incertitude dans les relations entre les problèmes de santé et les interventions susceptibles de les résoudre, du développement très rapide des nouvelles technologies médicales et des attentes de plus en plus grandes de la population. Dans ce contexte, le besoin d'information sur le fonctionnement et l'efficacité du système de santé est considérable, et l'évaluation semble la meilleure façon de le combler.

Dès lors, l'évaluation dans le domaine sanitaire jouit d'un prestige énorme. La plupart des pays (États-Unis, Canada, France, Australie, etc.) mettent sur pied des organismes chargés d'évaluer les nouvelles technologies. Les programmes de formation, les colloques, les séminaires, les articles, les ouvrages sur l'évaluation ne se comptent plus. Si ce foisonnement est certainement le signe d'un besoin, il est aussi le signe de la complexité du domaine. Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative). Pour aller plus loin, il faut préciser ce que nous entendons par intervention. Une intervention est constituée par l'ensemble des moyens (physiques, humains, financiers, symboliques) organisés dans un contexte particulier, à un moment donné, pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique.

Les buts officiels d'une évaluation sont de quatre (04) ordres :

- aider à la planification et à l'élaboration d'une intervention (but stratégique);
- fournir de l'information pour améliorer une intervention en cours de route (but formatif);
- déterminer les effets d'une intervention pour décider s'il faut la maintenir, la transformer de façon importante ou l'arrêter (but sommatif);
- contribuer à l'avancement des connaissances, à l'élaboration théorique (but fondamental)

Le groupe d'experts du comité d'aide au développement de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) définit l'évaluation comme suit étant une analyse aussi systématique et objective que possible de la conception, de la mise en œuvre et des résultats (outputs) d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou achevé.

L'importance de l'évaluation des programmes de formation tient essentiellement aux objectifs qu'elle vise. Toute action d'évaluation vise, en dernière instance à vérifier que les objectifs visés par le programme de formation ont été atteints. De façon sommaire, il s'agit de vérifier si la situation d'après l'exécution du programme est (ou non) meilleure à celle qui prévalait avant cette exécution.

### **1.1.1 Définition de l'évaluation des effets et de l'évaluation rétrospective**

L'évaluation rétrospective est la mesure des outputs, effets et impact du projet ; après l'exécution et le passage d'un temps significatif pour mesurer l'effet et l'impact. L'évaluation des effets mesure

comme son nom l'indique les effets, à savoir les résultats des programmes ; ces effets pouvant s'inscrire à court terme à long terme.

Deux aspects doivent être pris en compte par l'évaluation :

- attribution : il s'agit d'attribuer les impacts à des interventions, plutôt que d'évaluer seulement ce qu'il s'est passé.
- « contrefactuel » : il s'agit de jauger ce qui se serait passé en absence d'intervention par rapport à ce qui s'est effectivement passé grâce à l'intervention. Le défi ici, est de trouver un groupe de personnes qui ne participe pas au programme, mais qui ressemble de très près à ceux qui participent, afin de pouvoir comparer.

### **I.1.1 Les techniques expérimentales, notamment l'évaluation « randomisée »**

Une évaluation « randomisée » est un type d'évaluation d'impact (effet à long terme) qui utilise l'affectation au hasard pour allouer les ressources et mettre en place les programmes. Comme toutes les évaluations d'impact, le but de l'évaluation « randomisée » est de déterminer si le programme a un impact et plus précisément, de quantifier cet impact. Elle est généralement considérée comme la plus rigoureuse et produisant les résultats les plus exacts. Dans une évaluation « randomisée » avec deux groupes, l'un des groupes reçoit le programme à évaluer et l'autre groupe non. Au début, les groupes sont statistiquement équivalents (et ont a priori la même trajectoire statistique future). Mais on introduit quelque-chose qui les différencie : l'un reçoit le programme, l'autre pas. Après un moment, on peut mesurer la différence de résultats dans les deux groupes. Parce que les groupes étaient statistiquement équivalents au départ, toute différence perçue plus tard peut être attribuée au programme.

### **I.1.2 Les techniques quasi expérimentales**

- Pipeline approach : cette approche peut être utilisée pour les projets qui se développent graduellement. On compare les impacts dans les foyers qui ont déjà bénéficié du programme avec les foyers sélectionnés mais qui n'ont pas encore bénéficié du programme. Il faut que les deux groupes aient des caractéristiques similaires ;
- Propensity score matching : le groupe de contrôle est sélectionné ex-post sur la base de caractéristiques observées et pertinentes ;
- Judgmental matching : la méthode est moins précise puisque qu'elle n'utilise que des informations descriptives pour construire ex-post le groupe de contrôle ;
- Differences in differences : nous évaluons le changement au fil du temps des participants au programme ;

- Simple difference : nous mesurons la différence entre les participants et non-participants une fois le programme mis en œuvre ;
- Pré-post : nous mesurons le changement des participants au fil du temps. Nous pouvons alors comparer la situation des participants à leur situation initiale, avant la mise en place du programme.

Selon leur programmation dans le temps, on distingue plusieurs types d'évaluation<sup>16</sup> :

✓ **Evaluation ex-ante**

Intervient en aval de la mise en œuvre du projet, au moment de la conception d'un programme. Sa fonction est notamment de vérifier l'adéquation des objectifs par rapport aux besoins, enjeux ou problèmes à résoudre.

✓ **Evaluation intermédiaire ou à mi-parcours**

Permet de réorienter l'action. Peut être mise en œuvre pour vérifier, au milieu du cycle du projet, si les besoins sont toujours présents, si la gestion du programme se déroule comme prévu ou nécessite une amélioration et pour analyser éventuellement les premiers effets du programme.

✓ **Evaluation finale**

En fin de programme, permet d'observer les conséquences à court terme.

✓ **Evaluation ex-post**

Après l'arrêt du programme, se situe nettement après la clôture de l'action et s'intéresse aux effets à moyen ou long terme (impacts).

✓ **Evaluation in itinere** (évaluation chemin faisant)

Evaluation effectuée tout au long du déroulement d'une politique, d'un programme, d'une action.

## **I.2 Méthode retenue pour l'analyse**

En nous inspirant de la méthode utilisée par Grignon et al. en 2003, pour analyser l'impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations des soins en France, nous avons retenu la méthode Pré-post pour notre analyse. En effet, ils ont utilisé une méthode de

---

<sup>16</sup> <http://www.eval.fr/Pages/types.aspx>

comparaison de l'évolution de la consommation de soins avant et après la Couverture Maladie Universelle Complémentaire(CMUC).

La méthode Pré-post ou méthode avant-après consiste, par exemple, à comparer les gains financiers d'une personne, immédiatement avant sa participation à un programme de formation et les gains qu'elle perçoit peu après la fin de la formation. On suppose ici qu'une bonne mesure de la situation de référence est fournie par la réalisation de cette variable parmi les participants avant leur entrée dans la politique étudiée. Dans le cadre de la méthode « avant-après », on ne s'intéresse qu'aux participants. Le problème de biais de sélection ne se pose donc pas.

Dans notre cas, il s'agira de comparer le niveau de fréquentation du District sanitaire de Nongr – Massom des femmes enceintes avant la mise en place de la politique de gratuité et après la mise en place de cette politique. Pour ce faire, le modèle des Séries Temporelles Interrompues (STI) décrit par Lopez Bernal et al. (2017) est utilisé.

### **I.3 Description du modèle de séries temporelles interrompues**

Dans la démarche d'évaluation de l'efficacité d'une intervention, les RCT (Randomized controlled trials ou essais contrôlés randomisés) sont une référence. Toutefois les RCT ne permettent pas de répondre à certaines questions importantes concernant une intervention donnée et ne sont pas toujours possible, en particulier pour les politiques de santé et des programmes ciblés au niveau de la population. En outre, il est souvent nécessaire d'évaluer rétrospectivement les interventions qui ont déjà été mises en œuvre, souvent pour des raisons politiques, que ce soit sans randomisation ou à une population entière et sans aucun contrôle.

Le modèle d'analyse des Séries Temporelles Interrompues (STI) est de plus en plus utilisé pour l'évaluation des interventions de santé publique ; il est particulièrement adapté aux interventions introduites au niveau de la population sur une période de temps clairement définie et qui ciblent les résultats de santé au niveau de la population. Dans une étude STI, une série temporelle<sup>17</sup> d'un résultat particulier d'intérêt est utilisée pour établir une tendance sous-jacente, qui est « interrompue » par une intervention à un moment donné. Le scénario hypothétique dans lequel l'intervention n'a pas eu lieu et la tendance reste inchangée (c'est-à-dire la tendance «attendue», en l'absence de l'intervention, compte tenu de la tendance préexistante) est qualifié de «contrefactuel». Ce scénario contrefactuel fournit une comparaison pour l'évaluation de l'impact de l'intervention en

---

<sup>17</sup> Une série temporelle est une séquence continue d'observations sur une population, prises à plusieurs reprises (normalement à des intervalles égaux) au fil du temps.

examinant tout changement survenant au cours de la période post intervention. Ainsi, il est possible de détecter si l'intervention a eu un effet significativement plus important que toute tendance séculaire sous-jacente.

Conditions pour l'application du modèle de série temporelle interrompue :

- Les STI nécessitent une différenciation claire entre la période pré-intervention et la période post-intervention ;
- Les résultats (variable d'intérêt) peuvent prendre diverses formes telles que des dénombrements, des données continues ou des variables binaires. Les STI fonctionnent mieux avec les résultats à court terme qui devraient changer soit relativement rapidement après la mise en œuvre de l'intervention ou après un délai clairement défini ;
- Des mesures séquentielles du résultat devraient être disponibles avant et après l'intervention.

#### I.4 Formulation mathématique du modèle

Dans notre étude, le résultat (variable d'intérêt) étant un dénombrement (nombre de femmes enregistrées) c'est une régression de Poisson qui sied. La formalisation mathématique du modèle pour l'analyse STI peut s'écrire :

$$y_t = \beta_0 + \beta_1 * T + \beta_2 * X_t + \beta_3 * TX_t + \varepsilon_t$$

$T$  = le temps écoulé depuis le début de l'étude avec l'unité représentant la fréquence avec laquelle les observations sont prises (par exemple, mois) ;

$X_t$  = une variable muette indiquant la période pré-intervention (codée 0) ou la période post-intervention (codée 1) ;

$Y_t$  = Le résultat (variable d'intérêt) à l'instant  $t$  ;

$\beta_0$  = représente le niveau de référence à  $T = 0$  ;

$\beta_1$  = est interprété comme le changement dans le résultat associé à l'augmentation d'une unité de temps (qui représente la tendance de pré-intervention sous-jacente) ;

$\beta_2$  = est le changement de niveau après l'intervention ;

$\beta_3$  = indique le changement de pente après l'intervention (en utilisant l'interaction entre le temps et l'intervention :  $TX_t$ ).

L'objectif de cette étude étant d'évaluer l'effet de l'intervention sur la fréquentation des centres santé par les femmes enceintes nous postulons que l'intervention induit un changement de niveau significatif dans le résultat et ce changement intervient immédiatement après l'intervention. Ce faisant, la composante «  $\beta_3 * TX_t$  » indiquant le changement de pente après l'intervention disparaît et le modèle de régression devient :

$$y_t = \beta_0 + \beta_1 * T + \beta_2 * X_t + \varepsilon_t$$

Ainsi, il n'y aura pas de changement dans la pente entre ces deux périodes ( $\beta_1 = constante$ ) et comme  $\beta_0$  est aussi une constante, le seul changement possible est capté par  $\beta_2$ . De ce fait, l'interprétation va porter exclusivement sur  $\beta_2$ . Si  $\beta_2 > 0$  ou ce qui revient au même si  $exp(\beta_2) > 1$ , on dira qu'il ya une augmentation de la fréquentation de  $(exp(\beta_2) - 1)\%$ .

Le logiciels STATA a été utilisé pour faire la régression de Poisson, le logiciel SPHINX pour la saisie du questionnaire et SPSS pour traiter les données du questionnaire.

## II. Collecte des données

Nous aborderons dans cette partie la phase exploratoire, les techniques de collecte des données et les difficultés rencontrées.

### II.1 Phase exploratoire ou préparatoire

Après le choix du sujet, nous sommes allés sur le terrain pour appréhender de façon pratique la politique de gratuité. Toute chose qui nous a permis de réajuster nos objectifs et nos hypothèses avant de commencer notre rédaction ainsi que la collecte des données proprement dite. Aussi, nous avons testé le questionnaire sur un échantillon réduit pour nous assurer qu'il répond aux objectifs fixés et relever certaines insuffisances.

### II.2 Techniques de collecte des données

Nous avons fait le choix d'une méthode mixte (primaire et secondaire) pour la collecte des données. La méthode primaire consiste à mener une enquête sur le terrain, en l'occurrence le District sanitaire de Nongr-Massom. Ainsi, nous avons administré un questionnaire aux femmes et au personnel soignant pour pouvoir mener quelques analyses et formuler nos recommandations ou suggestions.

La méthode secondaire, quant à elle, a consisté en une extraction des données dans la base de données du District sanitaire de Nongr-Massom ; lesquelles données sont stockées dans la base de données du CISSE (Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique).

- **Outils**

L'analyse de la base de données du District et le questionnaire ont constitué les principaux outils dont nous nous sommes servis pour mener notre étude.

- **Echantillon**

Suite à des contraintes temporelles et financières ; le questionnaire n'a pu être administré à toutes les femmes du District ni à tout le personnel soignant nous n'avons pu interroger que 100 femmes.

- **Echantillonnage**

Sur les neuf CSPPS, nous avons choisi de mener l'enquête dans les trois grands CSPPS du District et dans le CMA de Kossodo. Il s'agit, en effet du CSPPS du secteur 23 ; celui du secteur 21 et enfin le CSPPS du secteur 25. Le choix de ces 3 CSPPS au détriment des 6 autres se justifie par des problèmes de logistique.

- **Type d'étude**

Notre étude est une étude d'évaluation rétrospective. Il s'agit d'analyser les effets de la politique de gratuité (toujours en vigueur) après que celle-ci ait été lancée.

- **Population d'étude**

#### **Critère d'inclusion**

Pour se voir administrer le questionnaire, il fallait être une personne de sexe féminin en âge de procréer (15-49 ans) et étant enceinte ou ayant accouché dans la période de gratuité des soins. Aussi, l'utilisation des services de santé maternels dans un des centres de santé du District de Nongr-Massom était le second critère. Enfin, le statut de personnel soignant, peu importe le sexe, était requis pour la partie du questionnaire concernant le personnel de santé afin de recueillir les difficultés dans l'application de la gratuité et leurs suggestions pour d'éventuelles améliorations.

#### **Critère de non inclusion**

Les sujets non consentants au questionnaire ont été exemptés de son administration.



○ **Période d'étude**

La période d'étude couvre la période de Janvier 2014 à Juillet 2017. Nous nous sommes limitées au mois de Juillet 2017 car les données des mois suivants n'étaient pas encore disponibles au moment de notre étude.

**II.3 Difficultés liées à la collecte des données et au questionnaire**

La difficulté relève de l'obtention de l'autorisation de la collecte de données. Pour commencer la collecte des données, il fallait obtenir l'aval du MCD (Médecin Chef de District). Une fois au CMA, on nous fit savoir que l'obtention de l'autorisation n'était pas aussi aisée que nous l'avions pensé ; la secrétaire du MCD nous expliqua donc la démarche à suivre pour obtenir le précieux sésame. Il fallait se rendre à la direction régionale de la santé pour s'informer sur les formalités.

Après avoir parcouru une grande distance pour arriver à ladite direction, nous apprîmes que le dépôt d'une demande d'autorisation de collecte de données dans une structure sanitaire était la condition sine qua non. C'est au bout d'une semaine que nous reçûmes le papier d'autorisation mais il restait toujours une dernière formalité à remplir, le MCD devait apposer son cachet pour marquer son accord. Du fait de ses déplacements, nous nous sommes rendues plusieurs fois au District avant de le rencontrer.

L'administration du questionnaire a rencontré quelques entraves qui ont rendues cette tâche un peu ardue.

En effet, la barrière linguistique a constitué un frein, parfois, certaines femmes ne comprenaient ni le français ni notre langue maternelle (le Mooré). De ce fait, il nous fût impossible de converser avec elles. Certaines femmes, aussi, ont avancé le manque de temps comme argument pour ne pas participer au questionnaire. D'autres, par mesure de prudence et par méfiance ont refusé de répondre aux questions nonobstant les explications de l'objectif visé par le questionnaire.

## CHAPITRE II : ANALYSE DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans ce chapitre, nous présenterons et analyserons les résultats et nous terminerons par la formulation des recommandations.

De manière détaillée, le chapitre présente les résultats de l'analyse des données collectées sur le terrain. Cette présentation est faite dans l'ordre des objectifs assignés à cette étude. Il s'agit, dans un premier temps, de mesurer le niveau de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes avant et pendant dénommée ici « après » la mise en œuvre de la politique de gratuité ; le niveau ici est le niveau moyen par mois. Dans un second temps, l'on présentera les résultats de la comparaison des niveaux de fréquentation avant et après la mise en œuvre de la politique de gratuité ; laquelle comparaison permettra de statuer sur l'effet éventuel de la politique de gratuité. Enfin, il sera question d'évaluer, à proprement parler, l'effet de la politique de gratuité sur le niveau de fréquentation des centres de santé à l'aide des résultats de la régression de Poisson et la formulation des recommandations bouclera le chapitre.

### **I. Mesure et comparaison du niveau de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes « avant la gratuité » et pendant la période dite « après lancement de la gratuité ».**

Il sera question ici, de la description des données suivie de la présentation des variables d'analyse.

#### **I.1 Description des données**

Les données utilisées pour cette analyse sont de type série chronologique collectées au jour le jour puis agrégées pour des totaux mensuels. Les observations ayant concerné la période allant de janvier 2014 à juillet 2017, ce qui fait une période de 43 mois d'observation.

#### **I.2 Les variables d'analyse**

L'analyse portera sur les variables suivantes :

- Les Consultations Périnatales
- Les accouchements assistés par du personnel médical
- Les consultations post-natales ou post-partum

### I.2.1 Consultations Prénatales

**Tableau 3:** Test de comparaison des moyennes des variables CPN

Variabes	Moyenne avant (1)	Moyenne après (2)	Différence (2) - (1)	Ratio (2)/(1)	t de Student	Pr(T < t)
CPN1	651	786,06	135,06	1,2075	-3,8644	0,0002
CPN2	545,63	738,69	193,06	1,3538	-2,6628	0,0055
CPN3	439,78	515,1875	75,4075	1,1715	-2,7644	0,0043
CPN4	278,63	315,375	36,745	1,1319	-2,2778	0,014

Le test de Student est un test statistique qui permet de comparer les moyennes de deux groupes d'échantillons. Plusieurs variantes de ce test existent:

- le test de Student pour échantillon unique ;
- le test de Student comparant deux groupes d'échantillons différents, dans ce cas on parle de test de Student non apparié
- le test de Student qui compare deux groupes d'échantillons dépendants, il s'agit du test apparié.

Dans notre étude, nous avons utilisé un test de Student apparié car les deux séries de mesure ont un lien ; il s'agit des femmes bénéficiaires de la gratuité. Pour faire la comparaison de moyennes de deux séries appariées, il convient de calculer d'abord la différence des deux mesures. Et si la valeur trouvée est très éloignée de la valeur 0, on conclue à une différence significative des deux moyennes.

La comparaison de ces deux séries de moyennes montre bien que la moyenne après l'introduction de la politique est significativement supérieur (au seuil de 0,05) à celle d'avant la gratuité. On peut donc dire, toute chose égale par ailleurs, que la politique a induit une augmentation de la moyenne mensuelle de CPN, quel que soit le rang et partant donc, des niveaux.

**Tableau 4:** Statistiques descriptives des variables CPN

Variables	Observation	Moyenne	Écart-type	Coefficient de variation	Médiane	Intervalle de confiance (95%)	
<b>Ensemble</b>							
CPN1	43	701,26	127,84	18,23	695	661,91	740,60
CPN2		617,47	245,90	39,82	572	541,79	693,14
CPN3		467,84	93,05	19,89	472	439,20	496,47
CPN4		292,30	53,62	18,34	285	275,80	308,80
<b>Avant l'intervention</b>							
CPN1	27	651,00	83,47	12,82	653	617,98	684,02
CPN2		545,63	75,01	13,75	547	515,96	575,30
CPN3		439,78	60,71	13,80	445	415,76	463,79
CPN4		278,63	46,44	16,67	266	260,26	297,00
<b>Après l'intervention</b>							
CPN1	16	786,06	146,52	18,64	689,5	707,99	864,14
CPN2		738,69	366,87	49,67	664,5	543,20	934,18
CPN3		515,19	118,51	23,00	488	452,03	578,34
CPN4		315,38	58,38	18,51	318	284,27	346,48

Nous avons en tout une période de 43 mois d'observation. Une moitié du temps, le nombre de femmes venues dans le District de Nongr-Massom pour la première CPN est inférieur à 695 et l'autre moitié du temps, ce nombre est supérieure ou égale à 695. La moyenne de la série est de 701 ; ce qui veut dire que chaque mois, on a enregistré, en moyenne, 701 femmes venues pour leur première CPN. L'écart-type de la distribution est de 127,84. De ce fait, on a un coefficient de variation de 18,23% ; la répartition est faiblement inégale.

Pour la CPN2, la moyenne est de 617 ; ce qui veut dire qu'en moyenne, on compte, chaque mois, 617 femmes qui fréquentent les centres de santé pour leur deuxième CPN. La CPN3, quant à elle, affiche un niveau mensuel moyen de l'ordre de 468 femmes et la CPN4<sup>18</sup> 292 femmes. Le coefficient de variation indique que la dispersion est plus forte pour les CPN3 que pour les CPN4. Le rapprochement de ces quatre moyennes met en relief la décroissance des niveaux moyens de CPN à mesure que le rang de la CPN augmente. Cette décroissance peut résulter d'une démotivation inhérente aux circonstances ayant prévalu lors de la CPN1. En outre, dans le paysage burkinabè, ces consultations ne s'inscrivent dans la nécessité que lorsqu'un problème surgit. Lorsqu'on tient compte de la politique de gratuité, on constate qu'avant sa mise en œuvre le nombre moyen de CPN était de 651, 546, 440 et 279 femmes venues respectivement pour la CPN1,

<sup>18</sup> CPN4 regroupe les femmes qui ont eu à faire au moins 4 CPN.

CPN2, CPN3 et CPN4. Après l'intervention, cette moyenne est passée à 786, 739, 515 et 315 respectivement pour la CPN1, CPN2, CPN3 et CPN4 ; ce qui met en relief une augmentation du nombre moyen de CPN inhérente à l'intervention. En faisant le même rapprochement que précédemment, on constate que la même tendance se dégage également avant et après l'intervention ; à savoir la décroissance des niveaux moyens de CPN à mesure que le rang de la CPN augmente. La configuration des valeurs médianes, selon les rangs de la CPN et selon que l'on soit avant ou après l'intervention, montre une tendance similaire à celle des valeurs moyennes.

Le constat majeur qui se dégage de cette analyse des nombres de CPN est que bien l'intervention ait entraîné une augmentation du niveau de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes, elle a eu peu d'effet sur la structure qui prévalait. Ainsi, les données d'après l'intervention montrent toujours une décroissance des niveaux moyens selon le rang de la CPN.

### I.1.3 Accouchements et visites postnatales

**Tableau 5:** Test de comparaison des moyennes des variables accouchement et soins postnatales

Variabes	Moyenne avant (1)	Moyenne après (2)	Différence (2) - (1)	Ratio (2)/(1)	t de Student	Pr(T < t)
Accouchement	596,19	613,81	17,62	1,0296	-0.3951	0.3474
Visite Postnatale	582,22	696,5	114,28	1,1963	-1.8103	0.0388

L'utilisation du test de Student, pour la comparaison des moyennes d'avant et d'après la politique, ne permet pas, au seuil de 5%, de conclure à une différence significative ( $Pr(T < t) = 0,3474$ ) entre ces deux indicateurs de tendance centrale. Ainsi, à moins de mener des analyses plus poussées, on peut dire la politique n'a pas eu d'effet significatif sur le nombre d'accouchements dans les centres de santé du District sanitaire de Nongr-Massom.

En revanche, lorsqu'on considère la différence constatée entre la moyenne des Consultations Postnatales, le test de comparaison des moyennes nous aide à conclure qu'elle est significative ( $Pr(T < t) = 0,0388$ ) au seuil de 5%. Autrement dit, la politique de gratuité a entraîné une augmentation du nombre moyen de femmes bénéficiant de Consultation Postnatale.

**Tableau 6:** Statistiques descriptives des variables accouchement et visite postnatale

Variables	Observation	Moyenne	Écart-type	Coefficient de variation	Médiane	Intervalle de confiance (95%)	
<b>Ensemble</b>							
Accouchement	43	602,74	140,00	23,23	611	559,66	645.83
Visite Postnatale		621,30	204,32	32,89	556	561.52	687.97
<b>Avant l'intervention</b>							
Accouchement	27	596,19	115,38	19,35	578	550.54	641.83
Visite Postnatale		582,22	167,72	28,8	550	515.87	648.57
<b>Après l'intervention</b>							
Accouchement	16	613,81	177,76	28,96	628,5	519.09	708.53
Visite Postnatale		696.5	244.5634	35,79	600	565.26	827.74

Les analyses nous informent qu'un nombre moyen de 603 femmes par mois ont accouché dans un centre de santé du District, la médiane, quant à elle, s'élève à 611 femmes indiquant que sur les 43 mois d'observation, l'on a enregistré mensuellement moins de 611 femmes ayant accouché dans un centre de santé du District et ce durant 21 mois, l'autre moitié du temps a connu des chiffres supérieurs ou égaux à 611.

L'introduction de la politique de gratuité a, quelque peu, joué sur le nombre d'accouchements mensuels dans les centres santé du District. En effet, avant l'introduction de la politique, par mois, il y avait en moyenne 596 accouchements qui se faisaient dans les centres de santé. Cette moyenne est passée à 614 avec l'introduction de la politique. L'évaluation de la dispersion des valeurs autour de la moyenne fait ressortir des valeurs de 19,35% et 28,96% respectivement avant et après la mise en œuvre de la politique de gratuité, indicatives d'une plus grande dispersion du nombre mensuel d'accouchement après l'introduction de la politique comparativement à la période d'avant la politique.

Quant aux Consultations Postnatales, les analyses des données y référant montrent que le nombre moyen de femmes ayant reçu des soins postnatals est de 622 femmes pour l'ensemble, 583 femmes avant l'introduction de la politique et 697 femmes après la politique. La médiane est de 556, 550 et 600 Consultations Postnatales respectivement pour l'ensemble des observations, avant et après la politique.

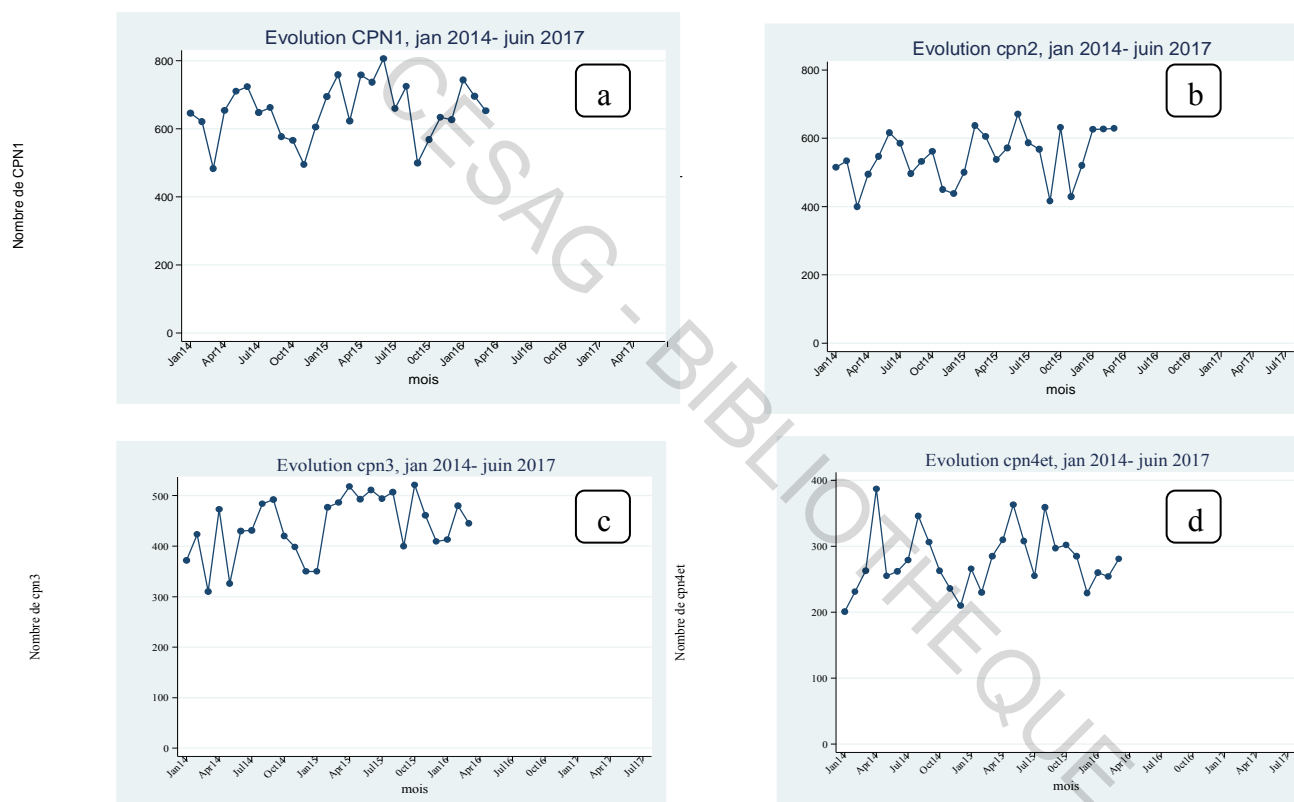
En rapprochant ces moyennes à celles trouvées pour l'accouchement, on se rend compte que l'ensemble de ces statistiques sont logiques à l'exception de la moyenne de la période ayant précédé l'introduction de la politique. En effet, on s'attendait à ce que toutes les femmes, au moins, ayant

accouché dans les centres de santé fasse une Consultation Postnatale. La moyenne des Consultations Postnatales devrait être supérieure ou égale à celle des accouchements. Or, ce n'est pas le cas ici, une chose difficilement compréhensible, surtout à ce stade de l'étude où les analyses sont purement descriptives.

## II. Examen de la tendance avant la mise en œuvre de la politique de gratuité

### II.1 Consultations Prénatales

**Graphique 2** : Évolution du nombre de CPN avant la mise en œuvre de la politique de gratuité



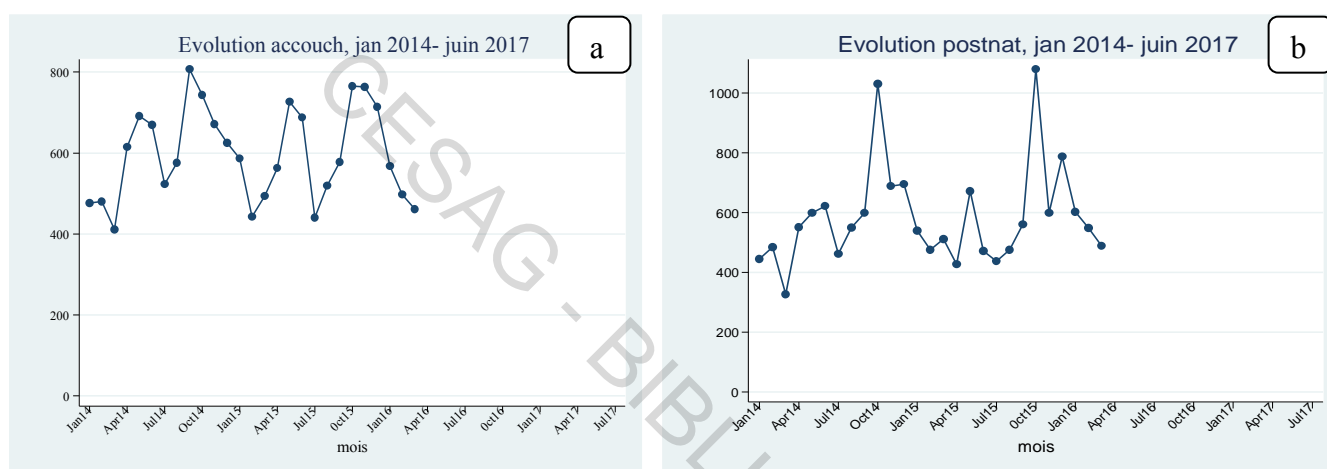
L'observation des graphiques ci-dessus permet de dégager une évolution d'ensemble des Consultations Prénatales. Ainsi, l'évolution des CPN1, CPN2 et CPN3 montre des tendances à la hausse avec une évolution erratique, la plus forte hausse étant obtenue au niveau de la CPN3. Ces résultats montrent que les Consultations Prénatales avaient amorcé une relative croissance avant la mise place de la gratuité. Pour ce qui est de la CPN4, la tendance qui se dégage avant l'intervention est plutôt une constante voire une légère croissance à la limite insignifiante.

Il ressort de ces graphiques que les premières CPN sont plus concentrées dans le deuxième trimestre (avril-mai-juin) de l'année. Ce qui n'est guère étonnant quand on sait que les mois de novembre à janvier voire février sont les plus froids au Burkina Faso et que les grossesses interviennent justement plus fréquemment en période de fraîcheur.

A partir du troisième trimestre de la grossesse, le niveau de consommation des soins prénatals par les femmes est très faible. C'est ce qu'illustre le Graphique 2. Les effectifs mensuels de femmes ayant fait une quatrième CPN fluctuent entre 200 et 400 alors que les autres CPN connaissent des chiffres plus élevés. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : la démotivation, le problème d'accessibilité financière, les consultations tardives, etc.

## II.2 Accouchements et Consultations Postnatales

**Graphique 3** : Évolution du nombre d'accouchement et de visite postnatale avant la mise en œuvre de la politique de gratuité



Les graphiques ci-dessus donnent un aperçu de l'évolution des accouchements avant la mise en place de la politique de gratuité. Elle concerne la période allant de janvier 2014 à mars 2016 (la gratuité a été lancée le 02 Avril 2016). L'analyse de ces graphiques pour la période pré-intervention fait ressortir une évolution en dent de scie avec une tendance presque stationnaire pour les accouchements et une tendance légèrement à la hausse pour les soins postnatals.

La fluctuation du nombre mensuel d'accouchement est plus accentuée que pour le cas des soins postnatals. Sur le Graphique 3 des soins postnatals, les points sont plus concentrés autour de la tendance avec cependant des valeurs extrêmes en octobre 2014 et en octobre 2016.

### III. Résultat de l'analyse à l'aide de la méthode de séries temporelles interrompues : régression de Poisson

Le traitement des problèmes inhérents aux séries temporelles interrompues ouvrira cette partie et sera suivi de la présentation des résultats.



### **III.1 Traitement des problèmes inhérents aux séries temporelles interrompues**

Avant de passer à la régression, il est nécessaire de traiter un certain nombre de problèmes distinctifs des séries chronologiques afin d'améliorer la robustesse de l'analyse.

#### **❖ Saisonnalité**

De nombreux événements peuvent présenter une tendance saisonnière. La saisonnalité peut causer deux problèmes : D'abord, s'il y a une répartition inégale des mois avant et après l'intervention, comme une proportion de mois d'hiver, cela pourrait biaiser les résultats, en particulier dans l'analyse des séries courtes. Deuxièmement, les résultats en un mois ont tendance à être plus semblables à ceux de mois voisins au cours de la même période de l'année, conduisant à l'auto corrélation et à la sur-dispersion. Il existe une gamme de méthodes pour contrôler la saisonnalité et d'autres tendances à long terme dont l'utilisation des fonctions plus complexes telles que les termes de Fourier (paires de fonctions sinus et cosinus). Dans cette étude, l'analyse après l'ajustement des variations saisonnières par un terme de Fourier donne des résultats suggérant que l'association est en grande partie non affectée pour l'ensemble des variables d'intérêt.

#### **❖ Sur-dispersion**

Une hypothèse de la distribution de Poisson est que la variance est égale au compte attendu. Cependant, dans les analyses de données réelles, la variance tend souvent à être plus importante (un phénomène connu sous le nom de sur-dispersion) qui conduirait à une estimation incorrecte des erreurs types. Un ajustement de mise à l'échelle est donc fait pour corriger le modèle. Pour les données de l'étude, il élargit l'intervalle de confiance des variables d'intérêt mais il y a encore des preuves très fortes d'un effet ( $P = 0,001$ ).

### ❖ Qualité de l'ajustement du modèle aux données

**Tableau 7:** Qualité de l'ajustement du modèle aux données

Variables	(1/df) Deviance
CPN1	1,007
CPN2	0,866
CPN3	0,152
CPN4 et plus	0,932
Accouchement	0,654
Post-partum	0,899

La qualité de l'ajustement est mesurée par la déviance. Un ajustement de bonne qualité est celui où la déviance est faible par rapport au degré de liberté (df). Si le rapport **(1/df)\*Deviance** est inférieur à l'unité, l'ajustement est de très bonne qualité. Selon le tableau 7, l'ajustement est de bonne qualité pour l'ensemble des données. En effet, la déviance obtenue des régressions effectuées est inférieure au degré de liberté ((1/df)\*Deviance <1) pour l'ensemble des variables d'intérêt, à l'exception de la CPN1 où la déviance est légèrement supérieure au degré de liberté. Nonobstant, on peut conclure que dans l'ensemble l'ajustement est de bonne qualité.

### III.2 Présentation des résultats

**Tableau 8:** Résultats de la régression de Poisson

Variables	Risque relatif RR	Intervalle de confiance [95%]
CPN1	1,191***	1,14 1,24
CPN2	1,477***	1,41 1,55
CPN3	1,102***	1,04 1,16
CPN4 et plus	1,144***	1,07 1,22
Accouchement	1,123***	1,07 1,17
Post partum	1,066***	1,02 1,11

L'examen des résultats de la régression montre que la politique de gratuité a eu un effet significatif sur la fréquentation des centres de santé pour la CPN1 au seuil de 5%. En effet, l'introduction de la politique a entraîné une hausse du niveau de fréquentation de 19% (RR : 1,19 ; IC 95% 1,04-1,32 ; P <0,001). Cependant, en dehors du niveau qui a subi un changement, l'on ne peut se prononcer sur le changement qui pourrait intervenir dans la pente. Selon les résultats, il n'y a aucune différence significative entre la pente d'avant et d'après intervention. Cette situation de la pente est inhérente à l'hypothèse de travail formulée plus haut (pente constante).

L'analyse des données sur la CPN2 permet de déceler un effet significatif, au seuil de 5%, de la mesure de gratuité sur le nombre de CPN2 dans le District de Nongr-Massom. En effet, comparativement à la période ayant précédé ladite politique, on note un gain considérable de l'ordre de 47,7% (RR : 1,477 ; IC 95% : 1,41-1,55 ; P <0,001). C'est donc dire que la politique de gratuité a encouragé les femmes enceintes à effectuer une deuxième CPN. L'augmentation de la fréquentation des centres de santé pour la CPN2 est immédiate.

Pour ce qui est de la CPN3, le résultat est le même que pour les premiers cas quant à l'effet de l'introduction de la gratuité. En effet, après la mise en place de la gratuité, le recours à la CPN3 par les femmes enceintes du District a augmenté de 10,2% (RR : 1,102 ; IC 95% : 1,04-1,16 ; P <0,001). De même, il ressort des analyses qu'après l'introduction de la politique, les femmes enceintes ont 1,144 fois plus de chance de faire leur quatrième CPN ou plus, comparativement à la période précédant la gratuité (RR : 1,144 ; IC 95% : 1,07-1,22 ; P <0,001).

L'accouchement dans les centres de santé et les Consultations Postnatales ne sont pas restés en marge de l'influence positive de la mesure de gratuité. En effet, comparativement à la période pré-intervention, les femmes du District ont 1,123 fois plus de chance d'accoucher dans un centre de santé (RR : 1,123 ; IC 95% : 1,07-1,17 ; P <0,001). Autrement dit, la mesure de gratuité a augmenté de 12,3% la prédisposition des femmes du District à accoucher dans un centre de santé, ce qui correspond aussi à une augmentation du nombre des accouchements de 12,3% dans les centres de santé du District. La Consultation Postnatale enregistre une augmentation beaucoup moindre (6,6%) (RR : 1,066 ; IC 95% : 1,02-1,11 ; P <0,001), mais cette augmentation du nombre de femmes ayant recours à la Consultation Postnatale à l'issue de la mise en œuvre de la gratuité témoigne d'un effet de cette mesure sur la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes.

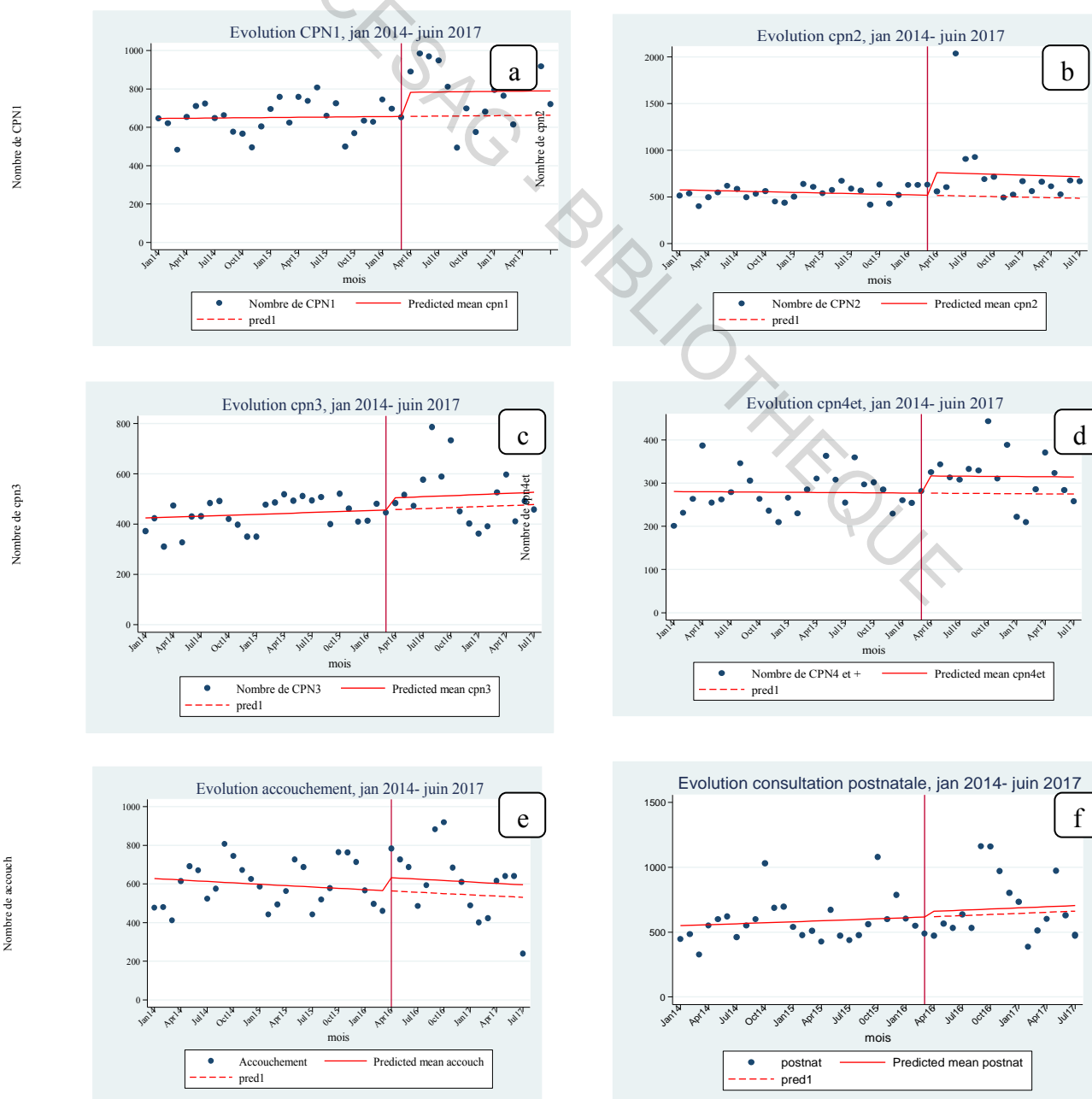
En partant de l'hypothèse que toute femme qui accouche dans un centre de santé reçoit avec son enfant des soins post-partum, les risques relatifs du nombre d'accouchement et de celui des Consultations Postnatales semblent incompatibles. En effet, on s'attendrait à une augmentation dans les mêmes proportions, au niveau des deux variables. Plus encore, dans certains cas, les femmes accouchent à domicile et viennent par la suite dans les centres de santé pour des soins. Pour pouvoir expliquer ces chiffres, l'on est obligé de lever cette hypothèse. Autrement dit, l'accouchement dans un centre de santé ne s'accompagne pas nécessairement d'une Consultation Postnatale.

En résumé, pour ce qui est de la CPN, les résultats présentés ici montre que la politique de gratuité a eu pour effet une augmentation de la fréquentation des centres de santé. L'augmentation de la fréquentation des centres a été immédiate, importante et durable en témoigne le graphique 3. C'est

au niveau de la CPN2 que la politique a eu le plus grand effet. En effet, elle a entraîné une augmentation de la fréquentation de l'ordre de 47,7% du niveau qu'il y avait avant l'intervention de la gratuité. L'accouchement dans un centre de santé de même que les Consultations Postnatales ont été aussi influencé positivement par la gratuité pour les femmes enceintes. Pour toutes ces variables, le changement de niveau consécutif à l'introduction de la mesure est intervenu immédiatement après celle-ci (Graphique 2).

Il ressort des différentes analyses que la gratuité pour les femmes enceintes a considérablement et durablement accru la fréquentation des centres de santé.

**Graphique 4** : Comparaison des tendances après l'intervention



Ces différentes figures qui constituent le Graphique 4 illustrent les résultats de la régression de Poisson (Tableau 8)

#### **IV. Les limites de l'étude**

Comme toute œuvre humaine, notre étude comporte des limites qu'il faille relever.

Pour l'année 2017, nous n'avons pas pu considérer tous les mois du fait de l'indisponibilité des données.

Dans les méthodes d'évaluation d'effets, la meilleure façon est de disposer de deux groupes pour l'étude : un groupe «témoin» qui n'a pas bénéficié de la politique et un groupe «cas» qui en a bénéficié. Pour notre étude, il était difficile d'avoir ces deux groupes car la politique a été appliquée sur toute l'étendue du territoire burkinabè.

Aussi, le questionnaire n'a pas pu être administré dans tous les 09 CSPPS du District sanitaire de Nongr-Massom.

Par ailleurs, notre étude n'a pas pu prendre en compte, de façon approfondie, les autres effets de la gratuité tels que les effets économiques et financiers, mais d'autres études qualitatives pourraient perfectionner l'analyse en abordant cet aspect.

#### **V. Recommandations**

Nous ne saurions terminer notre étude sans faire quelques suggestions pour une meilleure mise en œuvre de la politique de gratuité des soins. Ainsi, dans le souci de mieux formuler nos recommandations, nous avons administré un questionnaire aux bénéficiaires de la gratuité que sont les femmes.

En nous basant sur les résultats du questionnaire administré, nous pouvons faire quelques recommandations (confère Annexes)

##### **V.1 A l'endroit de l'Etat et des responsables des structures de santé**

- Une grande plus disponibilité des médicaments dans les centres de santé ;
- L'équipement et la dotation régulière des différents services (cliniques, laboratoires...) en médicaments essentiels et consommables médicaux ;
- Le renforcement de l'effectif du personnel soignant ;
- La formation du personnel de santé pour une meilleure prise en charge de la gratuité ;

- La formation du personnel administratif des structures de santé pour une meilleure gestion ,un bon suivi et une bonne évaluation du système de gratuité à l'échelle des formations sanitaires
- La motivation des agents de santé ;
- La sensibilisation de la population sur le système de la gratuité notamment sur les paniers de soins de la gratuité ;
- La résolution des problèmes d'accessibilité géographique dans les zones rurales ;
- L'accentuation de la communication sur l'importance des soins prénatals et postnatals ;
- La recherche de financements innovants pour assurer la pérennisation de la politique de gratuité ;
- Le ciblage des bénéficiaires de la gratuité pour rationaliser le processus de mise en œuvre.

## **V.2 A l'endroit du personnel soignant**

- L'accompagnement des efforts de l'État dans la mise en œuvre de la politique de gratuité en restant toujours motivés malgré les difficultés rencontrées ;
- Le bon accueil des patients ;
- Une plus grande disponibilité pour faire comprendre le principe de la gratuité aux patients et être à leur écoute pour mieux prendre en compte leurs préoccupations.

## **V.3 A l'endroit des bénéficiaires de la gratuité**

- La facilitation de la mise en œuvre de la politique de gratuité en optant pour des consultations utiles et responsables ;
- Une compréhension des insuffisances de la politique de gratuité ;
- La formulation de critiques objectives et constructives pour une amélioration de la politique de gratuité.

## CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre étude empirique effectuée dans la ville de Ouagadougou et portant sur les effets de la gratuité des soins pour les femmes enceintes sur leur niveau de fréquentation du District sanitaire de Nongr-Massom, nous pouvons retenir un certain nombre de résultats.

En faisant une analyse descriptive, nous constatons que la moyenne mensuelle de la CPN1 qui était de 651 avant la gratuité passe à 786 après sa mise en œuvre, celle de la CPN2 de 546 à 739. Le nombre moyen de femmes venues pour la CPN3 passe de 444 à 515 et enfin la CPN4 enregistre une moyenne de 315 femmes après la gratuité contre 279 avant la gratuité. De plus, le nombre moyen d'accouchements passent de 596 par mois avant la politique de gratuité à 614 après son introduction. Quant aux soins postnatals, ils ont connu une évolution moyenne de 583 femmes par mois à 697 femmes par mois.

Par ailleurs, la régression de Poisson nous indique que suite à l'instauration de la politique de gratuité des soins, le niveau de la CPN1 a augmenté de 19,1%, le plus haut niveau est atteint par la CPN2 dont l'augmentation est de 47,7% ; la CPN3 a connu une légère hausse de 10,2% et enfin la CPN4 a augmenté de 14,4%. Quant aux accouchements et aux Consultations Postnatales, leurs niveaux ont connu des hausses, respectivement de 12,3% et de 6,6%. Il apparaît donc une augmentation de la fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes suite à la mise en œuvre de la gratuité des soins. De ce fait, toutes nos hypothèses de départ sont vérifiées et confirmées par les analyses.

Il faut noter, que notre cadre d'étude est une zone urbaine où le niveau d'instruction des femmes leur permet de comprendre la nécessité des services maternels et leur niveau de vie facilite l'utilisation des services de santé. Cet état de fait justifie donc la variation peu sensible dans la fréquentation du District sanitaire de Nongr-Massom, même après l'instauration de la politique de gratuité.

Toutefois, cette situation ne s'applique pas toujours aux zones rurales. En effet, dans ces zones, le faible niveau d'instruction amène les femmes à percevoir l'utilisation des services maternels comme une corvée, eu égard aux problèmes d'accessibilité géographique et comme une occasion de dépense à cause des problèmes d'accessibilité financière.

Pour une meilleure efficacité de la gratuité, il faudra donc résoudre les problèmes d'accessibilité géographique, notamment dans les milieux ruraux. Le système de gratuité est, certes, une bonne politique, mais pour sa pérennisation, une accélération du processus d'instauration de l'assurance

maladie universelle, des systèmes de partage de coût à base communautaire, etc. permettrait à tous les burkinabé d'accéder aux soins de santé de qualité sans dépenses catastrophiques.

Dans le même sillage d'autres questions surgissent, notamment celle liée à la pérennisation des sources de financement de la gratuité des soins.

Au sortir de cette étude, nous envisageons de faire une autre étude qui portera donc sur la problématique de la pérennisation des sources de financement de la gratuité des soins pour les femmes enceintes au Burkina Faso.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Afsana K. (2004), The tremendous cost of seeking hospital obstetric care in Bangladesh, *Reproductive Health Matters*, Vol.12 (24):171-80.
2. Akashi H, Yamada T, Huot E, Kanal K et Sugimoto T. (2004), User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes, *Social Science and Medicine*, Vol. 58(3): 553-64.
3. Alkema L ,Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A.B, Gemmill A, Fat D.M, Temmerman M, Mathers C et Say L. (2016), Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group, *Lancet*, Vol.387 (10017):462-474.
4. Audibert M et Mathonnat J. (2000), Cost recovery in Mauritania: initial lessons, *Health Policy and Planning*, Vol. 15(1): 66-75.
5. Benjamin A.S et Purai J.K. (2001), User charges and utilization of obstetric services in the National Capital District, Papua New Guinea, *Pacific Health Dialogue*, Vol. 8(1): 38-43.
6. Blencowe H, Cousens S, Jassir F.B, Say L, Chou D, Mathers C,Hogan D, Shiekh S, Qureshi Z.U, You D et Lawn J.E. (2016), National, regional and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000 : a systematic analysis, *Lancet Global Health*, Vol.4 (2):98-108.
7. Boama V et Arulkumaran S. (2009), Safer childbirth: a rights-based approach, *International Journal of Gynaecol Obstetric*, Vol.106:125-127.
8. Burnham G, Pariyo G, Galiwango E et Wabwire-Mangen F. (2004), Discontinuation of Cost Sharing in Uganda, *Bulletin World Health Organization*, Vol.82 (3): 187-195.
9. Contandriopoulos A. P, Champagne F, Denis J.L et Pineault R. (1993), L'évaluation dans le domaine de la santé -Concepts et méthodes, *Bulletin*, Vol.33(1): 12-17.
10. De Allegri M, Ridde V, Louis V.R, Sarkera M, Tiendrebeogo J , Ye M , Muller O et Albrecht Jahna A. (2012), The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity – Evidence from a population-based study in rural Burkina Faso, *Journal Public Health Policy*, Vol.33:439-453.
11. Deininger K et Mpuga P. (2004), Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: Evidence from Uganda, *Journal African Economies*, Vol.14 (1): 55-91.
12. Deschamps J-P. (2000), Les enjeux de santé publique dans le pays en voie de développement, *Médecine & Sciences*, Vol.16(11):1211-1217.

13. District sanitaire de Nongr-Massom(2016), Plan d'action 2016
14. Ensor T et Ronoh J. (2005), Effecting financing of maternal health services: a review of litterature, *Health Policy*, Vol. 75:49-58.
15. Fafchamps M et Minten B. (2007), Public service provision, user fees and political turmoil, *Journal African Economies*, Vol.16 (3): 485-518.
16. Filippi V, Ganaba R, Baggaley R, Marshall T, Storeng K.T, Sombie I, Ouattara F, Ouedraogo T, Akoum M et Meda N. (2007),Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study, *Lancet* , Vol.370:1329-37.
17. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F,Lake S, Oranga H et Ouendo M. (2001), Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries, *Health Policy*, Vol. 58(1): 37-67.
18. Grignon M et Perronnin M. (2003), Impact de la couverture universelle complémentaire sur les consommations de soins en France, *Questions d'économie de la santé*, N°74, Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé(CREDES).
19. INSD (2014), Annuaire statistique national, Institut National des Statistiques et de la Démographie, Burkina Faso
20. INSD (2015), Institut National de la Statistique et de la Démographie, Annuaire statistique 2015 : Statistiques sociales et connexes.
21. INSD (2003), Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso
22. INSD (2016), Annuaire statistique national, Institut National des Statistiques et de la Démographie, Burkina Faso
23. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha M.K, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P et Van Lerberghe W. (2006), Going to scale with professional skilled care, *Lancet*, Vol. 368: 1377-1386.
24. Lopez Bernal J, Cummins S, et Gasparrini A. (2017), Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 46(1):348–355.
25. Mathole T, Lindmark G, Majoko F. et Ahlberg B.M. (2004), A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe, *Midwifery*.Vol.20:122–132.
26. Mbugua J.K.B et Segall M.M. (1995), Impact of user charges on vulnerable groups: The case of Kibwezi in rural Kenya, *Social Science and Medicine*, Vol.41 (6):829-35.
27. Meuwissen L.E. (2002), Problems of cost recovery implementation in District health care: a case study from Niger, *Health Policy Plan*, Vol. 17(3):304-313.
28. Ministère de la santé (2014), Tableau de bord 2014 des indicateurs de santé, Burkina Faso

29. Ministère de la santé(2010), Annuaire statistique 2010 du Burkina.
30. Mwabu G et Wang'ombe J. (1997), Health service pricing reforms in Kenya, *International Journal Social Economics*, Vol. 24(1/2/3): 282-293.
31. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama P, Omaswa F et Walker O. (2005), Abolition of Cost Sharing is Pro poor : Evidence from Uganda, *Health policy and planning* Vol. 20(2): 101- 108.
32. Olivier De Sardan J.P et Ridde V. (2012), l'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali, Niger : Les contradictions des politiques publiques, *Afrique contemporaine*, Vol. 243:11-32.
33. OMS (2016), Aide-mémoire N°348, Novembre, Organisation Mondiale de la Santé.
34. Owa J.A, Osinaike A.I et Costello A.M .(1992), *Charging for health services in developing countries*, *Lancet*, Vol. 340 (8821): 732.
35. Owa J.A, Osinaike A.I et Makinde O.O (1995),Trends in utilization of obstetric care at Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria, Effects of a depressed economy, *Tropical Geography and Medicine*, Vol.47(2): 86-88.
36. Pariyo G.W, Ekirapa-Kiracho E, Okui O, Rahman M.H, Peterson S, Bishai D.M, Lucas H et Peters D.H. (2009), Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: are reforms benefitting the poor? *International Journal for Equity in Health*, Vol. 8(39), doi: 10.1186/1475-9276-8-39.
37. Penfold S, Harrison E, Bell J et Fitzmaurice A. (2007), Evaluation of the delivery fee exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilization in two regions, *Ghana Medical Journal*, Vol. 41 (3): 100-109
38. PNDS (2011-2020), Plan National de Développement Sanitaire, Burkina Faso.
39. Prual A, De Bernis L, Ould Eld Joud D. (2002), Santé maternelle en Afrique Francophone, rôle potentiel de la Consultation Prénatale dans la réduction de la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 31(1): 90-99.
40. Ridde V et Diarra A. (2009), A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two Districts in Niger, *BMC Health Services Research*, Vol.9 (89).
41. Ridde V, Diarra A, Heinmuller R et Mahaman M. (2009), Analyse de la mise en œuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct, Districts de Keïta et Abalak- Niger, Paris: *Médecins du Monde* – France.

42. Ridde V, Haddad S et Heinmüller R.(2013),Improving equity by removing healthcare fees for children in Burkina Faso, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol.67(9): 751–757.
43. Ridde V, Morestin F. (2011), A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa, *Health Policy Plan* Vol. 26(1):1-11.
44. Ridde V, Belaid L, Malla Samb O et Faye A. (2014), Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012, *Santé Publique*, Vol.26(5) :715-725.
45. Ridde V. (2008), The problem of the worst-off is dealt with after all other issues: the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso, *Social Science Medicine*, Vol. 66(6):1368-1378.
46. Rutebemberwa E, Kallander K, Tomson G, Peterson S et Pariyo G.(2009a), Determinants of delay in care-seeking for febrile children in eastern Uganda, *Tropical Medicine International Health*, Vol. 14(4): 472-479.
47. Rutebemberwa E, Kallander K, Tomson G, Peterson S et Pariyo G . (2009b), Utilization of public or private health care providers by febrile children after user fee removal in Uganda, *Malaria journal*, Vol. 8:45-45.
48. Samb O. M et Ridde V. (2012), Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires, *Afrique contemporaine*, Vol.243:33-48.
49. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O ,Moller A.B, Daniels J, Gulmezoglu A.M et Temmerman M et Alkema L. (2014),Global causes of Maternal death : A WHO systematic Analysis, *Lancet Global Health*,Vol.2:323-33.
50. Schneider P et Hanson K (2006), Horizontal equity in utilization of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda, *Health Economics*, Vol.15 (1):19-31.
51. Sirpe G. (2011), Déterminants au recours des soins de santé prénataux au Burkina Faso, *Monde en développement*, Vol. 39(153) : 27-40.
52. Storeng K.T, Baggaley R.F, Ganaba R, Ouattara F, Akoum M.S et Filippi V.(2008), Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso, *Social Science & Medicine*, Vol. 66(3): 545-57.
53. Taylor C, Sanders D, Bassett M et Goings S (1993), Surveillance for equity in maternal care in Zimbabwe, *World Health Statistics Quarterly*,Vol.46(4):242-47.

54. Tizio S et Flori Y.A (1997), L'Initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun? *Tiers-Monde*, Vol.38(152) : 837-858.
55. Touré L. (2012), La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins : Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali, *Afrique contemporaine*, Vol.243(3) : 49-63.
56. Uzma A, Underwood P, Atkinson D et Thackrach R. (1999), Postpartum health in a Dhaka slum, *Social Science & Medicine*, Vol.48:313-20.
57. Velasquez G. (1989), Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du Tiers Monde, *Tiers-Monde*, Vol. 30(118): 455-463.
58. Walker L et Gilson L. (2004), We are bitter but we are satisfied: Nurses as street-level bureaucrats in South Africa, *Social Science Medicine*, Vol. 59(6):1251-1261.
59. Warren C, Daly P, Toure L et Mongi P. (2006), Postnatal care Opportunities for Africa's newborns, Practical data, policy and programmatic support for new born care in Cape Town South Africa, *Partnersh Matern Newborn Child Health* , 79-90 .
60. Wilkinson D, Gouws E, Sach M et Karim S.(2001), Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa, *Bulletin World Health Organisation*,Vol.79:665-671.
61. Wilkinson D, Sach M et Karim S.S.A. (1997), Examination of attendance patterns before and after introduction of South Africa's policy of free health care for children aged under 6 years and pregnant women, *British Medicine Journal*, Vol. 314: 940-941.
62. Witter S, Aikins M et Kusi A. (2007), Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Human resources for health*, Vol. 5(2): 1-10.
63. Witter S.(2009), Service and population based exemptions: are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, Vol. 21: 251-288.
64. Xu K, Evans D, Kadama P, Nabyonga J, Ogwang Ogwal P, Nabukhonzo P et Aguilar A.M. (2006), Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda, *Social Science Medicine*, Vol.62(4) : 866-876.
65. Yates J, Cooper R et Holland J. (2006), Social protection and health: Experiences in Uganda, *Development Policy Review*, Vol.24 (3): 339-356.
66. Yéo (2002), Évaluation de la qualité des soins aux parturientes dans un centre de santé communautaire à Abidjan, Thèse de Doctorat d'état de Médecine, Abidjan, Université de Cocody

## WEBOGRAPHIE

1. Aka K, Horo G, Koffi A, Fomba A, Koné M. (2016), *Politique de gratuité des soins obstétricaux et indicateurs de santé maternelle et infantile : Résultats et impact dans une maternité de niveau tertiaire à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Doi : [//dx.doi.org/10.13070/rs.fr.3.1551](https://doi.org/10.13070/rs.fr.3.1551) ; consulté le 12 septembre 2017
2. Belaid L et Ridde V. (2014), *Analyse de la mise en œuvre de la subvention des soins obstétricaux et néonataux dans le District sanitaire de Djibo, Burkina Faso*, <https://books.google.sn/books?isbn=2811112227>, consulté le 14 Août 2017
3. Bernal Lopez J, Cummins S et Gasparrini A.(2017), *Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial* ,Doi: 10.1093/ije/dyw098; consulté le 10 Octobre 2017
4. Beninguisse G, Nikiéma B, Fournier P et Haddad S. (2004), L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique, [www.bioline.org.br/pdf?ep04044](http://www.bioline.org.br/pdf?ep04044); consulté le 10 Octobre 2017
5. Borghi J, Storeng T, Filippi V(2008), *Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages*, [dspace.itg.be/bitstream/handle/10390/2580/2008shso0027.pdf?sequence=2](http://dspace.itg.be/bitstream/handle/10390/2580/2008shso0027.pdf?sequence=2) ; consulté le 20 Septembre 2017
6. Centre de ressources en évaluation, *Les différents types d'évaluation*, <http://www.eval.fr/Pages/types.aspx>; consulté le 4 Septembre 2017
7. Claire Le Ster (2011), *Revue de littérature sur les méthodologies d'évaluation, entrepreneurs du monde*, [www.pratiques-edm.org/blog/download/47/22](http://www.pratiques-edm.org/blog/download/47/22); consulté le 10 Septembre 2017
8. Contandriopoulos A. P, Champagne F, Denis J.L et Pineault R. (1993), *L'évaluation dans le domaine de la santé Concepts et méthodes*, [https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/publication\\_202.pdf](https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/publication_202.pdf); consulté le 10 Septembre 2017
9. Delarue J et Cochet H. (2011), *Proposition méthodologique pour l'évaluation des projets de développement agricole ; L'évaluation systémique d'impact* <https://economierurale.revues.org/3034>, consulté le 4 Septembre 2017



10. Dutrey A. (2007), *Successful targeting? Reporting efficiency and costs in targeted poverty alleviation programmes*, [www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/.../\\$file/Peyrepa.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/.../$file/Peyrepa.pdf); consulté le 17 Octobre 2017
11. Dzakpasu S, Soremekun S, Manu A, ten Asbroek G, Tawiah C, Hurt L, Fenty J et Owusu-Agyei. (2012), *Impact of Free Delivery Care on Health Facility Delivery and Insurance Coverage in Ghana's Brong Ahafo Region*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049430>; consulté le 18 Juillet 2017
12. Haddad S, Ridde V, Bekele Y et Queuille L. (2011), *Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé*, [files.itg.be/newsletters/fahscop/noteexemptionbfmaifr.pdf](http://files.itg.be/newsletters/fahscop/noteexemptionbfmaifr.pdf) ; consulté le 13 août 2017
13. Heinmüller R, Dembélé Y.A, Jouquet G, Haddad S et Ridde V. (2012), *Free healthcare provision with an NGO or by the Malian government*, URL : <http://factsreports.revues.org/1731>; consulté le 02 Août 2017
14. Islam M.K et Gertham U.G (2006), *The costs of maternal-newborn illness and mortality*, World Health Organization, [whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594497\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594497_eng.pdf); consulté le 25 Septembre 2017
15. Kagambèga M. (2014), *La population à faible revenu et la protection sanitaire au Burkina Faso : les conditions d'une adhésion des populations aux principes mutualistes* <https://sociologies.revues.org/4721>; consulté le 02 Septembre 2017
16. Kimani M. (2008), *Investir dans la santé des mères africaines*, [www.un.org/fr/africarenewal/vol21no4/afrique-renouveau-214.pdf](http://www.un.org/fr/africarenewal/vol21no4/afrique-renouveau-214.pdf) ; consulté le 16 Octobre 2017
17. Lagarde M et Palmer N. (2011), *The impact of user fees on access to health services in low and middle-income countries*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21491414>; consulté le 5 Juillet 2017
18. Les nouvelles recommandations de l'OMS pour les soins des femmes enceintes, <https://www.famili.fr/les-nouvelles-recommandations-de-l-oms-pour-les-soins-des-femmes-enceintes,505205.asp> ;consulté le 29 Août 2017
19. McPake B, Schmidt A, Araujo E et Kirunga-Tashobya C. (2008), *Freeing up healthcare, A guide to removing user fees*, [http://eresearch.qmu.ac.uk/1360/1/eResearch\\_1360.pdf](http://eresearch.qmu.ac.uk/1360/1/eResearch_1360.pdf); consulté le 12 Août 2017
20. Olivier de Sardan J.P, Ridde V, Diarra A et Ousseini A. (2010), *Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger*,

- [www.usi.umontreal.ca/bulletin/2010/avril/policy\\_brief\\_gratuite\\_niger\\_2.pdf](http://www.usi.umontreal.ca/bulletin/2010/avril/policy_brief_gratuite_niger_2.pdf); consulté le 15 Juin 2017
21. OMS(2011), *Statistiques sanitaires mondiales 2011*, Organisation Mondiale de la Santé, Online Fir, 1–7. Doi: 10.1136/jech-2012-202080, consulté le 25 Juillet 2017
  22. Organisation Mondiale de la Santé, Burkina Faso, <https://www.who.int/countries/bfa/fr/> ; consulté le 18 Août 2017
  23. Pariyo G.W, Ekirapa-Kiracho E, Okui O, Rahman M.H, Peterson S, Bishai D.M, Lucas H et Peters D.H. (2009), *Changes in utilization of health services among poor and rural residents in Uganda: are reforms benefitting the poor?* Doi: 10.1186/1475-9276-8-39; consulté le 16 Octobre 2017
  24. Prual A, De Bernis L, Ould El Joud (2002), *Rôle potentiel de la Consultation Périnatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne*, URL : <https://www.em-consulte.com/en/article/114377> ; consulté le 14 Septembre 2017
  25. Recommandations de l’OMS concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive, [apps.who.int/iris/bitstream/10665/250801/1/WHO-RHR-16.12-fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250801/1/WHO-RHR-16.12-fre.pdf) ; consulté le 15 Août 2017
  26. Ridde V et Olivier de Sardan J-P. (2012), *Les politiques de suppression et de subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger*, [www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/publications/Doc%20synthese\\_final](http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/publications/Doc%20synthese_final); consulté le 12 Juillet 2017
  27. Ridde V, Agier I, Jahn A, Mueller O, Tiendrebeogo J, Yé M et De Allegri M. (2013), *The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso*, [http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2014/01/Ridde-et-al\\_2014\\_impact-user-fee-removal-policies-household-out-of-pocket-spending1.pdf](http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2014/01/Ridde-et-al_2014_impact-user-fee-removal-policies-household-out-of-pocket-spending1.pdf); consulté le 22 Août 2017
  28. Ridde V, Robert E et Meessen B. (2010), *Les pressions exercées par l’abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*, [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/UserFeesNo18FINAL.pdf); consulté le 09 Août 2017
  29. Ridde V. (2013), *Gratuité des soins et/ou financement basé sur la performance ?* [www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/valery\\_ridde\\_2013.pdf](http://www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/valery_ridde_2013.pdf), consulté le 15 Octobre 2017
  30. Tiembré I, Béné Bi Vroh J, Ake Tano O, Dogou-Wawayou B, Tagliante-Saracino J et Ekra K. (2010), *Évaluation de la qualité des Consultations Périnatales dans le District*



*sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire)*, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-2-page-221.htm> ; consulté le 4 juillet 2017

31. Witter S, Armar-Klemesu M et Dieng T. (2008), *National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal* In: Richard F, Witter S et De Brouwere V, *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*, [dspace.itg.be/bitstream/10390/2576/2/2008shso0167.pdf](https://dspace.itg.be/bitstream/10390/2576/2/2008shso0167.pdf); consulté le 14 Juillet 2017
32. World Health Organization (1999), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42212?locale=fr>; consulté le 5 Juillet 2017

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXES

### QUESTIONNAIRE DISTRICT NONGR MAASOM

1. Quel est le numero de la fiche? <input type="text"/>	14. Quel est le type d'intervention obstétricale? <input type="radio"/> 1. Accouchement simple <input type="radio"/> 2. Césarienne <input type="radio"/> 3. Enceinte
2. Quelle est votre formation sanitaire? <input type="radio"/> 1. CSPS 23 <input type="radio"/> 2. CSPS 25 <input type="radio"/> 3. CSPS 27 <input type="radio"/> 4. CMA de Kossodo	15. Des examens vous ont été demandés? Examens <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non
3. Quel est votre âge? <input type="text"/>	16. Si oui, quel type d'examen <input type="radio"/> 1. Examen de laboratoire <input type="radio"/> 2. Echographie <input type="radio"/> 3. Echographie et examens de laboratoire
4. Quelle est votre profession? <input type="text"/>	17. Avez-vous pu réaliser tous les examens? <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non
5. Quel est votre niveau d'instruction? <input type="radio"/> 1. Non scolarisé <input type="radio"/> 2. primaire <input type="radio"/> 3. secondaire <input type="radio"/> 4. supérieur	18. Le poids des dépenses de santé a-t-il diminué avec la gratuité? <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Ne sais pas
6. Êtes-vous mariée? <input type="radio"/> 1. Mariée <input type="radio"/> 2. Divorcée <input type="radio"/> 3. Célibataire	19. Comment trouvez-vous le délai d'attente dans le contexte de la gratuité? <input type="radio"/> 1. Long <input type="radio"/> 2. Court <input type="radio"/> 3. Pas d'opinion
7. Combien d'enfants avez-vous? <input type="text"/>	20. Comment jugez-vous l'accueil avec la gratuité <input type="radio"/> 1. Bien <input type="radio"/> 2. Pas bien
8. Avez-vous accouché dans un centre de santé? <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Pas encore accouchée	21. Que suggérez-vous pour améliorer la politique de gratuité? <input type="text"/>
9. Quel est le nombre de contacts CPN? <input type="text"/>	
10. La grossesse est de combien de mois? <input type="text"/>	
11. Avez-vous bénéficié des soins postnatals? <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Date pas encore arrivé	
12. Avez-vous connaissance que les soins sont gratuits? <input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non	
13. Quel est le type d'intervention pour la grossesse? <input type="radio"/> 1. CPN <input type="radio"/> 2. Femme enceinte malade <input type="radio"/> 3. Dépistage du cancer du col <input type="radio"/> 4. Aucun	

## Présentation des résultats du questionnaire et analyse

**Tableau 9:** Quel est votre âge?

N	Valide	100
	Manquante	0
Moyenne		26,93
Médiane		26,50
Mode		22
Minimum		18
Maximum		42

L'âge officiel de procréation se situe dans l'intervalle (15-49 ans), cependant notre enquête nous donne comme âge minimum 18 ans et un âge maximum 42 ans. En moyenne, les femmes fréquentant le District ont 27 ans. Par ailleurs, l'âge modal qui est l'âge auquel la majorité des femmes fréquentent le District est de 22 ans.

**Tableau 10:** Avez-vous reçu des soins postnatals?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	66	66,0	66,0	66,0
	Non	15	15,0	15,0	81,0
	Date pas encore arrivée	19	19,0	19,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Sur 100 femmes interrogées, 66% ont reçu des soins postnatals tandis que 15% n'en ont pas reçu. Parmi les 19% restantes, certaines étaient enceintes et la date de rendez-vous pour les soins postnatals de certaines n'était pas encore arrivée.

**Tableau 11:** Savez- vous qu'il y a la gratuité des soins?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	93	93,0	93,0	93,0
	Non	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

De l'analyse de ce tableau 11, il ressort que 93% des femmes avait connaissance de l'instauration de la politique de gratuité des soins contre 7% qui déclarent n'en avoir pas eu connaissance.

**Tableau 12:** Le poids des dépenses de santé a-t-il diminué suite à la gratuité?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Oui	65	65,0	65,0	65,0
	Non	30	30,0	30,0	95,0
	Ne sais pas	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Pour 65% des femmes interrogées, la politique de gratuité a induit une baisse de leurs dépenses de santé, cependant 30% estiment qu'elle n'a pas eu un tel effet. Celles-ci expliquent cette non-perception par l'indisponibilité des médicaments dans les dépôts pharmaceutiques. En effet, lors de leur consultation, il arrive que des ordonnances leur soient prescrites, mais, étant donné qu'il ya fréquemment rupture de médicaments dans les dépôts des centres de santé, elles sont obligées de déboursier de l'argent pour s'approvisionner dans les pharmacies privées.

De plus, le manque de réactifs pour les examens de laboratoire au CMA de Kossodo rend ce type d'examen payant.

Telles sont les informations fournies par l'analyse du tableau 12.

**Tableau 13:** Comment trouvez-vous le délai d'attente dans le contexte de la gratuité?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Long	80	80,0	80,0	80,0
	Court	19	19,0	19,0	99,0
	Pas d'opinion	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Le tableau 13 révèle que la politique de gratuité a eu comme corollaire l'allongement du délai d'attente dans les centres de santé selon 80% des 100 femmes à qui le questionnaire a été administré, 19% ont trouvé ce délai court, 1% n'avait pas d'opinion.

**Tableau 14:** Comment jugez-vous l'accueil avec la gratuité?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Bien	89	89,0	89,0	89,0
Pas bien	11	11,0	11,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

L'accueil est toujours bien, affirment 89% des enquêtés mais 11% déclarent le contraire et elles donnent comme explication le fait que certains soignants les accusent de faire des consultations à tort et à travers depuis l'avènement de la gratuité.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## TABLE DE MATIÈRES

<b>DÉDICACES</b> .....	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>ii</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>iii</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	<b>vi</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>vii</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>viii</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTIE I</b> .....	<b>6</b>
Chapitre I : Contexte général de l'étude.....	7
I. Brève présentation du Burkina Faso .....	7
II. Présentation du cadre d'étude.....	9
II.1 Données administratives et géographiques .....	9
II.2 Données socioculturelles .....	11
III. Généralités sanitaires du District .....	12
III.1 Les comportements néfastes à la santé .....	12
III.2 Morbidité générale .....	13
III.3 La Consultation Périnatale (CPN) et Postnatale (CPoN).....	14
IV. Présentation des structures de santé composant le District .....	15
IV.1 Le premier échelon : Le Centre de Santé et de Promotion Sociale .....	15
IV.2 Le deuxième échelon : L'hôpital du District de Nongr-Massom .....	16
IV.2.1 Cadre organisationnel et fonctionnel de l'hôpital.....	16
I. Cadre conceptuel.....	18
I.1 Description du schéma conceptuel.....	18
I.2 Définition des concepts.....	19
I.3 Organisation Mondiale de la Santé et santé maternelle .....	22

I.3.1	L'accès des femmes enceintes aux soins de santé.....	22
I.3.2	Comment peut-on sauver la vie des femmes ?.....	23
II.	Revue de Littérature.....	23
II.1	Fréquentation des centres de santé.....	23
II.1.1	Suivi de la grossesse dans les centres de santé (CPN).....	23
II.1.2	Accouchement dans les centres de santé.....	24
II.1.3	Soins postnatals dans les centres de santé.....	25
II.2	Effets de la gratuité des soins sur la fréquentation des centres de santé.....	26
II.2.1	Effets sur les Consultations Périnatales.....	27
II.2.2	Effets sur les accouchements dans les centres de santé.....	28
II.2.3	Effets sur les soins postnatals.....	30
<b>PARTIE II.....</b>	<b>.....</b>	<b>32</b>
Chapitre I : Methodologie et Collecte des données.....	.....	32
I. Méthodologie.....	.....	32
I.1 Littérature sur l'évaluation.....	.....	32
I.1.1 Les techniques expérimentales, notamment l'évaluation « randomisée ».....	.....	34
I.1.2 Les techniques quasi expérimentales.....	.....	34
I.2 Méthode retenue pour l'analyse.....	.....	35
I.3 Description du modèle de séries temporelles interrompues.....	.....	36
II. Collecte des données.....	.....	38
II.1 Phase exploratoire ou préparatoire.....	.....	38
II.2 Techniques de collecte des données.....	.....	38
II.3 Difficultés liées à la collecte des données et au questionnaire.....	.....	40
Chapitre II : Analyse des resultats et recommandations.....	.....	41
I. Mesure et comparaison du niveau de fréquentation des centres de santé par les femmes enceintes « avant la gratuité » et pendant la période dite « après lancement de la gratuité »..	.....	41

I.1	Description des données .....	41
I.2	Les variables d'analyse .....	41
I.2.1	Consultations Périnatales .....	42
I.1.3	Accouchements et visites postnatales .....	44
II.	Examen de la tendance avant la mise en œuvre de la politique de gratuité .....	46
II.1	Consultations Périnatales .....	46
II.2	Accouchements et Consultations Postnatales .....	47
III.	Résultat de l'analyse à l'aide de la méthode de séries temporelles interrompues : régression de Poisson .....	47
III.1	Traitement des problèmes inhérents aux séries temporelles interrompues.....	48
III.2	Présentation des résultats .....	49
IV.	Les limites de l'étude.....	52
V.	Recommandations .....	52
	<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>56</b>
	<b>WEBOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>65</b>