

REVUE DES POLITIQUES D'EXEMPTION/SUBVENTION DU PAIEMENT AU BURKINA FASO

La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Étude réalisée par :

- Ridde Valéry, Ph.D. chercheur à l'université de Montréal, Canada.
valery.ridde@umontreal.ca
- Bicaba Abel, MD/MPH, directeur de la Société d'Étude et de Recherche en Santé Publique (SERSAP), Burkina Faso. bicaba_tg@yahoo.fr

LE PAIEMENT DIRECT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Étude commanditée par l'UNICEF et coordonnée
par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique (Bruno Meessen)

16 janvier 2009

COMMENTAIRES ET REMARQUES SUR CE RAPPORT SONT LES BIENVENUS

Avertissements : Ce rapport résulte d'une mission de huit jours réalisée par deux personnes, qui certes, connaissent très bien le système de santé du Burkina Faso, mais qui, en une semaine, ne peuvent avoir la prétention de l'exhaustivité des informations concernant les politiques d'exemptions et de subventions du paiement dans le pays. De plus, cette mission s'est déroulée certainement au plus mauvais moment de l'année rendant la plupart des personnes du niveau central indisponibles pour des entretiens. « *c'est un moment où il y a une grande compétition dans les activités* » dit un MCD ; un autre dira « *on est entrain de nous bombarder* ». Ce rapport n'a donc aucune prétention à l'exhaustivité et ne doit pas être considéré comme un rapport d'évaluation et encore moins un rapport de recherche. Les données proposées dans les prochaines pages suggèrent cependant un certain nombre d'indications fort utiles sur la mise en œuvre de ces politiques d'exemption, qu'il s'agira assurément d'étudier plus en profondeur dans l'avenir.

Remerciements : Nous tenons à remercier très chaleureusement toutes les personnes, dans la capitale comme dans les zones périphériques, qui ont bien voulu nous rencontrer lors de cette mission, partager leur temps et leurs expertises pour une meilleure compréhension des politiques publiques favorables à l'équité d'accès aux soins.

RÉSUMÉ

En Afrique, la part des dépenses de santé supportée directement par les ménages est très importante, souvent largement au-dessus des 50%. L'une des raisons à cette situation est que la modalité de financement des systèmes de santé la plus souvent choisie a été le paiement direct. Les usagers doivent payer lorsqu'ils consultent et tout le monde s'accorde aujourd'hui pour affirmer que cette modalité de financement constitue une des barrières financières à l'accès aux soins. Aussi, de plus en plus de pays africains décident-ils, ou envisagent-ils, de supprimer le paiement direct. Face à ces expériences très nouvelles la plupart du temps, l'UNICEF a décidé de commander une série d'études dans plusieurs pays africains afin de disposer de quelques données pour mieux conseiller les gouvernements qui décideraient de s'engager dans cette voie. Compte tenu de l'état d'avancement de ces politiques publiques en Afrique, des besoins en connaissances et des ressources imparties à ces études, il s'agit essentiellement de documenter les processus de formulation et de mise en œuvre. Le présent rapport concerne le Burkina Faso et notamment, l'analyse de la stratégie nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence. L'étude a été réalisée en novembre 2008 au moyen d'un cadre d'analyse de l'étude des politiques publiques. Des données qualitatives et quantitatives ont été utilisées. Des entrevues individuelles et de groupes ont été réalisées auprès de 76 personnes. Des visites de terrain ont été réalisées dans un district urbain et dans un district rural. Les résultats présentés dans ce rapport ont été discutés par des personnes ressources connaissant bien le Burkina Faso ainsi que lors d'un atelier d'analyse transversale à propos de tous les pays concernés par l'étude en la présence des chercheurs.

Le paiement direct des soins de santé existe au Burkina Faso depuis les années 1980. La généralisation de l'Initiative de Bamako en 1993 puis celle de la tarification des actes quelques années après fait en sorte que les usagers qui le peuvent ont l'habitude de payer les soins. Les systèmes d'exemption du paiement pour les indigents n'ont jamais véritablement fonctionnés. Plusieurs décisions ont été prises dans les années 2000 pour réduire ou supprimer le paiement des soins pour certaines catégories de personnes. Des systèmes ont été testés dans quelques districts pour réduire les coûts des césariennes.

Dès 2004, un comité s'est réuni pour formuler une politique nationale visant à améliorer l'accès aux soins obstétricaux en vue de réduire la mortalité maternelle. Il s'agit de la stratégie nationale de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) adoptée en conseil des ministres en avril 2006. Le prix des césariennes (octobre 2006) et des accouchements (janvier 2007) devient subventionné à hauteur de 80% ou 60% selon les formations sanitaires, les femmes devant payer les 20% ou 40% restant (par exemple 900 F CFA pour un accouchement eutocique dans une maternité dont le coût est estimé à 4.500 F). Le prix du transport des centres de santé aux hôpitaux pour les césariennes sont compris dans cette subvention. La formulation de cette politique a bénéficié du soutien technique de la Banque Mondiale (à l'occasion du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté), de cliniciens nationaux et d'experts plusieurs agences internationales. Les coûts des césariennes ont été calculés sur la base des coûts de certaines expériences et celui des accouchements sur la nomenclature nationale du coût des actes. 17% de l'ensemble de la subvention sont prévus pour les indigentes qui ne doivent ainsi pas payer le reliquat des 20%. Plusieurs options ont été étudiées pour la subvention (60%, 80% et 100%). La suppression totale du paiement n'a pas été retenue car l'écart d'effets hypothétiques sur la mortalité maternelle n'était pas jugé suffisamment important par rapport aux deux autres options, et l'État ne semblait pas disposer d'assez de ressources. Il est donc prévu de consacrer près de 30 milliards de F CFA pour la période 2006-2015 dont 5 milliards pour les indigents. L'ensemble du financement provient du budget de l'État (y compris l'aide budgétaire). Sur la base des

accouchements et césariennes attendus, chaque formation sanitaire du pays a reçu une somme d'argent sur la base des coûts forfaitaires des actes.

La politique a démarré immédiatement dans tous les districts du pays alors même que tous les instruments techniques n'étaient pas complètement prêts. Le budget voté concerne le paiement des actes mais aucun budget n'a été voté pour le plan de mise en œuvre et le plan de communication. Il subsiste un écart de 25% en moyenne pour la période 2006-2008 entre le budget prévu dans la stratégie et celui inscrit dans le budget national. S'il y a eu de nombreuses réunions d'informations, elles n'ont pas toutes été suffisantes. Ainsi, les acteurs de terrain ne disposent pas tous du même niveau d'information, ce qui fait en sorte que la stratégie n'est pas mise en œuvre de manière uniforme dans le pays. Au-delà des problèmes de communication, certains instruments de la politique demeurent encore flous, l'interprétation et leur mise en œuvre restent donc très variables selon les acteurs. La prise en charge du transport entre le domicile et la maternité n'a pas été considéré mais les femmes n'ont plus à avancer l'argent en cas de transfert pour bénéficier d'une césarienne à l'hôpital du district. Le remboursement des coûts de fonctionnement des ambulances entre les niveaux de la pyramide sanitaire n'a pas été clairement précisé. Au Burkina Faso, le personnel de santé a droit à des primes (dites ristournes) qui correspondent à 20% de la tarification des actes. L'arrivée de la subvention des SONU a provoqué concernant ces ristournes certaines interprétations faute d'une bonne planification. Faute de critères d'indigence aucune prise en charge systématique des indigentes n'a encore été mise en place et la plupart des agents ne sont pas au courant de l'existence de cette prise en charge. De nombreuses stratégies d'adaptation des acteurs ont été relevées dans la mise en œuvre de la politique compte tenu du fait que certains instruments n'étaient pas tous clairement précisés. Ces stratégies ont parfois été favorables à l'accès aux soins et à une mise en œuvre plus efficace : centraliser le transport des urgences au niveau de l'hôpital, arrêter le remboursement au coût forfaitaire pour passer au coût réel compte tenu d'une sur-estimation du forfait au départ pour les accouchements, intégrer la subvention dans des systèmes de partage des coûts pré-existants pour réduire voire supprimer le paiement direct. D'autres stratégies ont été néfastes à la mise en œuvre : s'accorder 20% de ristournes sur le montant total de la subvention, intégrer la subvention dans le budget global de l'hôpital, facturer des actes aux parturientes avant l'accouchement sous prétexte que la travail n'a pas commencé. L'ensemble de la stratégie est piloté par une petite équipe de 5 personnes ne disposant pas de tous les moyens nécessaires pour le suivi et l'analyse de la politique. Aucune étude de base (*baseline*) n'a été réalisée avant la mise en œuvre de la stratégie. Le montant total prévu pour les évaluations est de 0,02 % de l'ensemble du plan de mise en œuvre et 0,07 % du montant de la subvention. Les outils de suivi n'ont pas été mis en place rapidement et les tâches administratives imposées au personnel sont lourdes.

Le personnel de santé et les femmes semblent tous percevoir très positivement la mise en place de cette nouvelle politique. Il n'existe pas de système d'information rapidement exploitable pour évaluer les effets à court terme de la politique. Il n'est pas pour le moment possible de vérifier si le nombre de femmes référées des centres de santé aux hôpitaux a augmenté. En ce qui concerne le nombre d'accouchements, il semble que la subvention ait eu un effet positif dans les districts (avec des exceptions) où les taux d'accouchements étaient très faibles. Dans les autres, la mesure n'a pas été un incitatif suffisamment fort pour les femmes qui ne venaient pas avant, puisqu'elles doivent toujours payer 900 F. Le nombre de césariennes réalisé dans les hôpitaux de district semble avoir augmenté, sans qu'il soit possible d'affirmer que ce changement résulte de cette politique.

Le gouvernement du Burkina Faso s'est doté d'une politique nationale ambitieuse en faveur de l'accès aux soins obstétricaux dans la perspective d'une réduction de la mortalité maternelle. Il

s'agit assurément d'une décision politique très forte et remarquable pour la région ouest-africaine. Cette politique dispose donc de très nombreuses forces : un leadership national, un budget endogène approuvé par le Parlement, une appropriation évidente de la part des agents de santé, une perception positive de la part des ménages. Face à cette volonté politique importante, on reste surpris sur le peu d'engouements et d'appuis internationaux dont ont bénéficié les protagonistes nationaux. Alors que les partenaires techniques et financiers souhaitent aider les pays africains à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, rares ont été les partenaires à soutenir cette politique juste et pertinente. Les plans de mise en œuvre et de communication n'ont pas trouvé de financements et les expertises techniques nécessaires à certains moments cruciaux ne semblent pas toujours avoir été présentes. Cet engagement national en faveur de l'accès aux SONU mérite assurément un appui international plus sérieux.

L'une des grandes constatations est la capacité des acteurs à s'adapter aux décisions qui sont parfois floues mais sans forcément les contrecarrer. Autrement dit, malgré un système administratif relativement strict, il demeure des marges de manœuvre que les agents de santé en particulier ont su exploiter, la plupart du temps (mais pas toujours) au profit de la mise en place de la stratégie. On peut cependant s'interroger sur les gagnants réels de la politique. L'absence de suppression du paiement et le fait que les agents aient tout intérêt à réaliser plus d'actes pourrait laisser croire que l'augmentation du nombre d'accouchements dans certains districts résulte d'un effet sur l'offre et non sur la demande. Cela étant dit, il reste encore un certain nombre d'éléments à améliorer et préciser pour que cette politique soit des plus efficaces. Nous souhaitons maintenant faire quelques suggestions (voir les détails dans la conclusion du rapport) qu'il serait certainement intéressant de discuter avec les autorités nationales.

1. Mobiliser les partenaires au développement pour rendre accessibles en langue française les données probantes disponibles encore uniquement en anglais concernant les politiques de suppression/subvention du paiement en Afrique et les systèmes de gestion fondé sur le paiement aux extrants (*output-based payment*).
2. Renforcer la cellule technique de la DSF qui suit la stratégie de subvention des SONU
3. Rembourser les accouchements dans les CSPS sur la base d'un montant forfaitaire de 3.000 F CFA (estimation haute) en maintenant les ristournes de 20% pour le personnel sur les prix des actes.
4. Supprimer totalement le forfait (20%) demandé aux femmes.
5. Demander aux partenaires de compléter cette politique par une amélioration de l'offre des services, notamment la prise en charge du transport (y compris depuis le domicile)
6. Mettre en place un système de gestion fondé sur le paiement aux extrants (*output-based payment*) et non pas un système comptable centré sur les intrants (*input accountability*)
7. Organiser un système de suivi et d'évaluation systématique afin de mieux vérifier les effets individuels et populationnels
8. En l'absence d'une suppression totale du paiement de la part des femmes, organiser une campagne d'information sur la prise en charge gratuite des indigents et étudier le caractère transférable des conclusions des recherches sur les indigents et les critères d'identification réalisées dans le district de Ouargaye.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	7
2. METHODE	7
3. CONTEXTE	8
4. EMERGENCE	10
5. FORMULATION	11
5.1. ANALYSE PRELIMINAIRE DU PROBLEME	11
5.2. PRISE EN COMPTE DES EXPERIENCES INTERNATIONALES ET DE L'EXPERTISE, ET ADAPTATION DES DONNEES PROBANTES AU CONTEXTE NATIONAL	13
5.3. OBJECTIFS CLAIRS DE LA POLITIQUE.....	13
5.4. ÉTUDE DES DIFFERENTES OPTIONS POSSIBLES POUR LA POLITIQUE	14
5.5. ÉVALUATION APPROFONDIE DES OPTIONS SELECTIONNEES	15
5.6. IDENTIFICATION PRECOCE DES MESURES ACCOMPAGNANTES.....	16
5.7. VISION, LEADERSHIP ET APPROPRIATION PAR LES AUTORITES NATIONALES	16
5.8. IMPLICATION DES ACTEURS CLES POUR LA MISE EN ŒUVRE.....	17
6. MISE EN ŒUVRE	17
6.1. L'ECHELONNEMENT DE LA REFORME	17
6.2. PROCESSUS DE PLANIFICATION	18
6.3. STRATEGIES DE COMMUNICATION	18
6.4. ACCORD TRANSPARENT ENTRE LES FINANCEURS	21
6.5. MECANISME CLAIR ET EFFICACE DE TRANSFERT DES MOYENS AUX STRUCTURES DE SANTE	23
6.6. LEADERSHIP PAR UNE INSTANCE DU GOUVERNEMENT	30
6.7. STRATEGIE POUR DEVELOPPER LES COMPETENCES ET FORMER	31
6.8. LA PRESENCE D'UNE CELLULE TECHNIQUE	31
6.9. SUIVI ET EVALUATION	32
6.10. DES INTERVENTIONS COMPLEMENTAIRES	33
7. EFFETS	35
7.1. DE LA PERCEPTION DES EFFETS PAR LES ACTEURS.....	35
7.2. DES EFFETS SUR LES ACCOUCHEMENTS ASSISTES	35
7.3. DES EFFETS SUR LES CESARIENNES DANS LES CMA.....	39
8. CONCLUSION	41
9. REFERENCES	43
10. ANNEXES	45

LISTE DES CIGLES

ASC :	Agents de Santé Communautaire
CADSS :	Cellule d'Appui à la Décentralisation des Services de Santé
CAMEG :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CASEM :	Conseil d'Administration du Secteur Ministériel
CASRP :	Crédits d'appui au Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CM :	Centre Médical
CMA :	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
COGES :	Comité de gestion
CPN :	Consultations Périnatales
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre le Pauvreté
CSPS :	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF :	Direction de l'Administration et des Finances
DEP :	Direction des Études et de la Planification
DGS :	Direction Générale de la Santé
DMEG :	Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques
DRD :	Dépôt répartiteur de district
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DS :	District Sanitaire
ECD :	Équipe Cadre de District
F CFA :	Françs CFA
FS :	Formation Sanitaire
IB :	Initiative de Bamako
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
MCD :	Médecin Chef de District
MEG :	Médicament Essentiel Générique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PADS :	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SSP :	Soins de Santé Primaires
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

*« ce que nous voulons, nous voulons la gratuité, mais comme c'est leur loi à eux », une patiente
« nous sommes les enfants des SONU », un maïeuticien
« chacun est allé mettre en œuvre en fonction de ce qu'il a compris », un médecin*

1. INTRODUCTION

Face à la volonté des États de lever la barrière financière de l'accès aux systèmes de santé, nombre de bailleurs de fonds ont décidé de soutenir les pays africains dans leur décision de réduire, voire de supprimer, le paiement direct réclamé aux patients lorsqu'ils consultent. Aussi, l'UNICEF désire-t-elle mieux comprendre la manière dont ces politiques publiques ont été formulées et mises en œuvre afin, à son tour, de décider comment l'organisation pourrait aider les gouvernements. L'UNICEF a donc commandé une série de revues de la situation dans six pays africains (Burkina Faso, Niger, Burundi, Liberia, Ghana, Uganda). L'objet du présent rapport est de présenter les résultats de la revue relative au Burkina Faso.

2. MÉTHODE

Cette revue a été réalisée à l'aide d'un cadre d'analyse des réformes sanitaires [1-4] adapté spécifiquement à l'occasion de la présente étude et appliqué dans les six pays. Ce cadre d'analyse, développé collectivement avec plusieurs chercheurs pilotés par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers¹, précise que l'étude des réformes de santé doit prendre en compte cinq éléments clefs : le contexte, les acteurs, le contenu des réformes, le processus de mise en œuvre et enfin les effets produits. Compte tenu des besoins de l'UNICEF qui a commandité le présent travail et du caractère récent de la mise en œuvre des politiques d'exemption, les effets ne seront pas explorés en profondeur, mais des indications (se limitant à l'utilisation des services) en seront tout de même fournies dans le présent rapport.

La mission des deux consultants s'est déroulée du 3 au 11 novembre 2008. Nous avons collecté des données qualitatives et quantitatives. Nous avons également analysé des documents de politiques, des registres médicaux, des rapports d'évaluation ou des mémoires d'étudiants portant sur l'objet de cette mission. Des entretiens individuels et de groupes ont été réalisés auprès de 76 acteurs afin de disposer de données primaires. Une prise de note systématique a permis d'en analyser le contenu. Des données quantitatives ont été analysées, la majeure partie provient des systèmes de routine d'informations sanitaires. Cependant, certaines données secondaires originales quantitatives ou qualitatives (notamment pour avoir le point de vue des populations) ont été utilisées par l'intermédiaire de travaux réalisés par des étudiants ou dans le cadre de projets de recherche organisés par les deux consultants. Enfin, pour disposer de données de terrain et de l'expérience des acteurs de première ligne, nous sommes également rendu sur le terrain, dans des districts et des centres de santé. Nous avons rencontré deux directeurs régionaux de la santé (entretiens individuels), trois équipes cadres de districts sanitaires (un urbain et deux ruraux, entretiens de groupes), réalisé une entrevue de groupe avec tous (n=25) les infirmiers

¹ Etaient présents à cette rencontre : Meessen, B., Van Damme, W., Criel B., Richard F., Hercot, D., (Institut de Médecine Tropicale Anvers) Tibouti A. (UNICEF) , Ridde V. (Université de Montréal), Noirhomme M. (Indépendant). Le protocole a ensuite été commenté par Gilson L. (London School of Hygiene and Tropical Medicine and University of Witwatersrand)

chefs de poste d'un district rural et enfin visité trois CSPS ruraux, un hôpital de district (CMA) et un CHR. La collecte des données est résumée dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Instruments de collecte de données

<i>Instruments\ Catégorie d'acteurs</i>	Intéressés	Particuliers	Responsables	Agents
<i>Exemple d'acteurs</i>	<i>Membre d'ONG, des Nations Unies, de COGES, gérant de DMEG</i>	<i>Utilisateurs ou non des services</i>	<i>Responsables centraux, consultants, conseillers</i>	<i>Infirmiers, médecins chefs de districts, médecins, directeurs régionaux de la santé</i>
Entretiens de groupe (# personnes)		données secondaires		3 (41)
Entrevues individuelles	18	données secondaires	7	11
Documentations/archives	Politiques, rapports, registres, journaux, etc			

3. CONTEXTE

Les politiques de santé au Burkina Faso : Alors que l'IB a été adoptée en 1987 à l'échelle de l'Afrique, il a fallu attendre 1993 pour que son implantation soit effective au Burkina Faso. Plusieurs actions se sont déroulées lors de l'émergence de l'IB : mission au Bénin (1988), recherches opérationnelles (1988-89), institution d'un comité et d'un secrétariat national, d'une cellule de suivi (1988), six provinces pilotes (1989-92). La formulation de l'IB s'est opérée en 1992 lors d'un atelier national. Il a donné naissance au « document de démarrage de l'IB » [5]. Le lancement officiel traduisant le début de l'implantation s'est effectué en octobre 1993. En juillet 1993, a été donnée la première formation de formateurs à l'IB. Au milieu des années 1990, une étude s'est penchée sur le système de gratuité fourni à certaines catégories de la population dans trois provinces : Bazéga, Gourma, and Séno [6]. L'étude montrait notamment que 47% des personnes non qualifiées de pauvres ont malgré tout obtenu la gratuité des soins. La survenue de la dévaluation de 100% du Franc CFA en janvier 1994 a remis largement en cause le processus de l'IB, puisque le prix des MEG importés aura presque doublé. Aussi la « phase d'accélération de l'IB » a démarré en mars 1994. Il s'agissait de l'un des volets du programme national d'urgence économique financé par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale. De grandes discussions ont eu lieu entre les cadres du ministère et les responsables politiques quant à la stratégie à adopter. Deux camps se sont affrontés lors d'une réunion tenue à l'UNICEF. Le premier précisait qu'il était impossible de concevoir le déploiement de tonnes de médicaments alors que personne n'avait encore été formé, que les dépôts de MEG (DMEG) n'étaient pas construits ou opérationnels et que la population n'était absolument pas informée. Le second camp jouait la carte politique en affirmant qu'il fallait distribuer les médicaments gratuitement dans l'ensemble du pays pour éviter des troubles populaires que pourrait provoquer la dévaluation. Le principe qui a finalement été retenu est celui de la vente des MEG et non de la gratuité. L'UNICEF était responsable de l'approvisionnement et de la constitution des kits en médicaments pour relancer l'IB. Il était prévu de l'ordre de 12 millions par DRS et 3,5 par DMEG. Cependant, les COGES n'étaient pas formés, la sensibilisation et l'approche communautaire pas encore mises en œuvre. Il a fallu donc que l'État prenne un certain nombre de

mesures dans l'urgence et la précipitation. Par exemple, il y a eu le décret de création des COGES ou celui permettant aux formations sanitaires de conserver l'argent à l'échelle locale sans avoir à l'envoyer au Trésor Public (principe de l'unicité de caisse). Ainsi, une vague de médicaments sous la forme de kits a déferlé sur le pays, avec son lot de détournements, d'abus et de mauvaise gestion [7], faute d'une bonne préparation. La phase d'accélération de l'IB s'est terminée en juin 1996 sans qu'aucune évaluation n'ait été faite. Pour préparer sa présentation à l'occasion de la revue de l'IB à Bamako en mars 1999, le ministère a organisé un atelier confidentiel en février. Fin 2001, à la demande de l'OMS, une revue des SSP a été réalisée, tout aussi confidentiellement. Par la suite, un certain nombre d'initiatives, notamment soutenues par l'UNICEF, sont mises en place dans quelques districts du pays pour réduire les coûts des services, notamment obstétricaux. Les soins obstétricaux d'urgence ont été subventionnés dans les hôpitaux et des kits césariennes à 10.000 F CFA ont été instaurés dans les CHR. La DSF a ensuite fait la promotion du système dit de partage des coûts dans certains districts, ces derniers pouvant bénéficier d'un appui technique de l'UNICEF. Par exemple, un guide technique sur la manière de démarrer ces systèmes a été produit. Ces mécanismes peuvent être considérés comme précurseurs, voir « incitateurs », de la politique dont il sera largement question dans ce rapport. Enfin, le Burkina Faso a été en 2008 l'hôte de la conférence internationale sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique qui a réaffirmé le besoin de trouver des solutions pour améliorer l'équité d'accès au soins.

Historique de la suppression/subvention du paiement de certains services au Burkina Faso :
Sans prétendre à l'exhaustivité, voici la liste des décisions nationales qui concerne la suppression et ou la subvention du paiement pour certains actes et services de santé au Burkina Faso.

Calendrier des différentes formes de suppression du paiement :

- 1984 : hospitalisation, examens de laboratoires et radiologie sans paiement pour les personnes atteintes de la tuberculose, de la lèpre ou de la trypanosomiase
- 1991 : hospitalisation, examens de laboratoires et radiologie sans paiement pour les personnes victimes du Sida
- 2002 : suppression du paiement pour les soins préventifs aux groupes vulnérables (consultations des femmes enceintes et nourrissons)
- 2002 : suppression du paiement pour les seringues², le fer, la chloroquine et le carnet de santé
- 2002 : suppression du paiement pour les malades de la méningite
- 2003 : réduction de 10% de l'amoxicilline, l'ibuprophène et le paracétamol pour enfants
- 2005 : suppression du paiement pour les victimes d'un paludisme grave
- 2005 : distribution de médicaments gratuits pour les indigents par la DSF
- 2006 : prise en charge sans pré-paiement des soins d'urgence
- 2006 : réduction à 100 F CFA le prix du traitement contre la paludisme (CTA) pour les enfants
- 2007 : subvention à 60% et 80% des SONU
- 2010 : prévision de distribution gratuite de 8,5 millions de moustiquaires

² Il faut savoir que jusqu'en 2001, les parents devaient payer les seringues pour que leurs enfants puissent obtenir leurs doses de vaccins gratuitement [8]. Dans le même ordre d'idées, dans un centre de santé confessionnel de la capitale, si la vaccination est gratuite comme dans le reste du pays, on demande aux mamans de payer la consultation.

Puisque la politique de subvention la plus récente et certainement la plus importante à l'égard de l'accessibilité financière est la stratégie de subvention des SONU, nous tentons d'en préciser les dates jalons.

Tableau 2 : Chronologie de la stratégie de subvention des SONU

4 nov. et 14 déc 2004	Réunions du groupe technique de travail sur l'élaboration de la subvention
9 et 10 février 2005	Ateliers d'élaboration de la stratégie nationale (Ouagadougou)
27 & 28 septembre 2005	Ateliers sur la mise en oeuvre de la stratégie nationale (Ouagadougou)
22 mars 2006	Adoption en conseil des ministres
19-31 avril 2006	Atelier national de validation (Ouagadougou)
2 mai 2006	Décret d'application de la subvention
15-20 mai 2006	Atelier régional d'orientation pour les DRS et DS (Bobo Dioulasso)
5-7 juillet 2006	Atelier régional d'orientation pour les DRS et DS (Tenkodogo)
16-18 août 2006	Atelier régional d'orientation pour les DRS et DS (Ouahigouya)
23-25 août 2006	Atelier régional d'orientation pour les DRS et DS (Ouagadougou)
15 septembre 2006	Atelier national
Septembre 2006	Note du SG pour demander l'application à partir du 1 ^{er} octobre 2006
Novembre 2006	Pré-positionnement des financements dans les CHU/CHR et CMA
5-9 novembre 2006	Atelier de formation au logiciel (Ouagadougou)
22-24 novembre 2006	Atelier de formation au logiciel (Bobo-Dioulasso)
16 Janvier 2007	Note du SG pour étendre la subvention aux accouchements aux CSPS
Mars/avril 2007	Supervision de terrain de la DSF
10-11 mai 2007	Atelier national
9 juillet au 18 août 2007	Ateliers régionaux d'orientation des acteurs dans les 13 régions
Mai-juillet 2008	Ateliers régionaux d'information des leaders dans les 13 régions

4. ÉMERGENCE

La mission n'étant pas centrée sur l'étude de l'émergence de la politique de subvention des SONU mais sur la mise en oeuvre, nous nous limitons à relever les points essentiels à la compréhension de la situation. Il faut, en effet, d'emblée noter que cette politique s'inscrit clairement dans les relations entre la Banque Mondiale et le Gouvernement du Faso à travers les crédits d'appui au Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CASRP). L'émergence de l'idée de la subvention des SONU est apparue lors des discussions du CASRP5 (au sein duquel un engagement avait été avancé de « développer un mécanisme pour la prise en charge des urgences obstétricales et chirurgicales »), puis elle a été enchâssée dans le CASRP6. Il semble qu'au départ, la direction de la tutelle des hôpitaux avait été chargée de formuler la politique, mais, par la suite, la Banque Mondiale s'est plutôt orientée vers la DSF pour faire accélérer le processus, nous dit un ancien responsable du ministère. Ajoutons enfin qu'au départ, l'analyse des coûts de la prise en charge de la césarienne ont aussi été abordé dans les débats sur le CDMT.

Il faut également ajouter que certains députés, dont la responsable du comité des finances, semblent avoir joué un rôle (impossible à apprécier pour le moment) dans l'émergence de la solution de la subvention des SONU. En effet, au moment où les discussions étaient engagées, le *World Banque Institute* organisait un atelier (Flagship) sur le financement des services de santé. À la grande surprise d'un des responsables, les députés invités à cet atelier sont restés durant les deux semaines et ont semble-t-il parfaitement compris les enjeux de la barrière financière à

l'accès aux soins. L'un des organisateurs se souvient « à la fin du cours, Mme Awa³ a dit à l'équipe du ministère de la santé que si jamais vous avez votre budget de santé, s'il vous plait venez nous en parler avant que cela passe à l'Assemblée.. parce qu'elle était vraiment touchée par ce que l'on a discuté pendant le cours ».

5. FORMULATION

Compte tenu du temps imparti à la présente revue, de la disponibilité des acteurs et du caractère récent de la politique de subvention des SONU, le rapport est essentiellement centré sur cette dernière. Cependant, en fonction des données disponibles, nous évoquerons de temps à autres, les autres services gratuits ou subventionnés.

5.1. Analyse préliminaire du problème

Démarche de préparation : un comité technique d'élaboration de la stratégie de subvention des SONU a été mis en place dès 2004. Le comité a bénéficié d'un soutien technique de la Banque Mondiale qui a financé le travail d'un consultant, médecin burkinabé de santé publique, dont les termes de référence ont été rédigés conjointement par le même comité composé de cadres de la DSF, de spécialistes cliniciens (gynéco obstétriciens, pédiatres) et de partenaires (UNICEF, UNFPA, OMS, FCI, AQUASOU). Un expert de Washington est également venu au moins à trois reprises pour appuyer le comité dans ses fonctions. La première mission a servi à définir en partie la politique, la seconde mission permettait de suivre la mise en œuvre au démarrage et la troisième a réalisé ce suivi un an après.

Le calcul des coûts pour la subvention : puisqu'il avait été décidé de rembourser les formations sanitaires sur la base des actes réalisés et non pas en fournissant à ces dernières les intrants au préalable, des calculs ont dû être réalisés pour connaître le coût à prévoir. Il fallait en effet fournir des indications claires aux députés de l'Assemblée Nationale. En ce qui concerne la césarienne, le coût a été calculé à la suite d'un consensus, obtenu lors d'un atelier et sur la base des coûts moyens de six CMA, d'un CHU ainsi que d'une note du Secrétaire Général (SG) de la Santé de 2001 qui fixait les tarifs de certaines prestations. Ces coûts variaient de 45.415 F à 68 265 F. Le coût retenu lors d'un atelier national de consensus a été de 55.000 F CFA, soit 8.750 F pour l'acte (K50), 36.250 F pour le kit opératoire et les frais post-opératoires ainsi que 10.000 F pour le carburant du transport. Le coût du transport a été estimé sur la base des expériences de partage des coûts (système de prépaiement par les COGES/communes avec participation financière des femmes) pour les urgences obstétricales qui existent dans quelques districts du pays. Pour l'accouchement normal, aucune étude de comparaison des coûts réels n'a été réalisée, on s'est uniquement basé sur la note du SG de 2001. Le coût retenu de 4.500 F correspond à un acte dit K15 selon la nomenclature des actes médicaux auquel s'est ajouté le kit accouchement pour un coût estimé « selon la DSF » [9] à 1.705 F CFA. Ce coût des accouchements n'a pas été différencié selon les niveaux de la pyramide sanitaire.

³ Nom fictif comme les autres dans le reste du document

La prise en charge des indigents dans la subvention des SONU : dans la formulation de la politique de subvention des SONU, il a été prévu une dotation équivalente à 20% des besoins de prise en charge des SONU pour les femmes pouvant payer destinés aux indigentes. Autrement dit, 17 % (20/120) de la subvention sont destinés aux indigents, ce qui représente près de 5 milliards de F CFA entre 2006 et 2015. Cela étant dit, les documents, pas plus que les entrevues, ne nous disent rien sur la manière et les raisons qui ont présidé au choix de ce 20%. S'il s'agit d'une des premières fois au Burkina où une somme si importante a été dédiée à cette catégorie de personnes, ce qu'il faut saluer de manière claire, les responsables restent sur le même constat que toutes les politiques de santé font dans le pays depuis 1992 [5] : on ne sait pas comment sélectionner les indigents et sur quels critères. Aussi, ce qui est un point positif, ont-ils décidé de planifier la réalisation de recherches-actions dans six districts du pays à ce sujet. Il est prévu que ces activités se déroulent sur une période qualifiée de « continue » dans le plan de mise en œuvre. Le budget planifié pour ces activités est de 15.000.000 F CFA. Cependant, ce plan n'a jamais été financé dans son ensemble et les responsables doivent « *faire un plaidoyer* » incessant pour que certaines des activités soient financées. Ainsi, pour les indigents, « *si on a des priorités, on laisse toutes ces choses là* » dit une personne de la DAF, ce qui n'est pas sans nous rappeler une pratique habituelle concernant les indigents du Faso [1].

De la connaissance préalable des problèmes liés à la suppression du paiement au Faso : si la subvention des SONU est l'une des mesures les plus importantes de ces dernières années, ce n'est pas la première fois que l'État décide de réduire ou de supprimer le paiement. Aussi, il existait avant même la formulation de la politique de subvention des SONU des résultats de recherche qui ne semblent pas avoir été pris en compte, notamment pour préparer la mise en œuvre.

- À la suite d'une très intense épidémie de méningite cérébro-spinale en 2002 (taux de létalité de 12%), un plan de riposte a été mis en œuvre par le ministère de la Santé. L'un des piliers de ce plan était la gratuité de la prise en charge des cas. Mais les évaluations et supervisions effectuées ont montré que cette gratuité n'avait pas toujours été suivie et même, certains patients seraient morts parce qu'on leur avait demandé de payer [10] et qu'ils n'ont pas pu le faire. Cette recherche demandée par le ministère de la santé a été l'occasion de prescriptions (les recommandations du rapport, « *des actions fermes pour mettre fin à ça* ») et de proscriptions (le comportement des agents).
- Concernant l'application de la gratuité des actes préventifs, une recherche a montré qu'en 2003, une infime partie des agents des CSPS la respecte. Quant à la gratuité des consultations des nourrissons, personne ne paraît l'appliquer non plus, puisque la plupart des CSPS ne disposent que de tarifs pour les enfants. Les membres des COGES et les gérants disent n'avoir pas été informés des dispositions législatives relatives à la gratuité des actes préventifs. Toutes les personnes interrogées sur cette question ont affirmé que des difficultés certaines sont à prendre en compte dans l'application de la gratuité. Ils reprocheraient notamment l'absence de mesures d'accompagnement (i.e. le remboursement du prix des actes gratuits) et d'implication en vue d'une préparation à son application. En outre, certains s'interrogent sur l'impact d'une telle mesure concernant la viabilité de certains DMEG. Quant à la réduction de 10% de l'amoxicilline, ibuprophène et paracétamol, malgré l'affichage de la note dans les CSPS, personne ne l'applique. Outre la peur de perdre des rentrées d'argent et le manque certain d'explication de cette décision administrative, la complexité de son application est l'explication donnée à son non respect [11].
- Une enquête a révélé que 40% du personnel des CHR n'étaient pas favorables au principe même de l'accessibilité gratuite aux soins d'urgence. De plus, alors même qu'une politique

de prise en charge des soins d'urgence sans pré-paiement avait été adoptée, on a montré que dans trois hôpitaux régionaux seulement 32 femmes ont bénéficié de l'exemption du paiement en tant d'indigentes entre 1997 à 2002, soit 1,6% des cas de césarienne [12].

De la pression des bailleurs de fonds : parfois, l'analyse préalable du problème n'a pas été possible au Burkina. Par exemple, « *c'est sous la pression de la Banque mondiale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, qu'on a décidé de faire les actes préventifs gratuits* » [7]. Ainsi, des injonctions sont faites à différents niveaux du ministère comme l'indiquent les responsables de certaines directions centrales « *il m'appelle et me dit qu'il faut faire une lettre pour décider de la gratuité des soins préventifs* ». L'un d'eux confirme que « *cela faisait partie des conditionnalités de la réduction de la dette* ». Puisque tout cela n'était pas préparé et que l'on demandait au début de commencer les prises en charge gratuites à l'aide des fonds des COGES « *vous imaginez la fureur du niveau périphérique, on était obligé pour montrer aux partenaires qu'on avait l'intention de l'appliquer* ». Dans le cadre de la subvention des SONU, la pression est moins flagrante mais il semble cependant que la décision s'inscrive dans des conditionnalités de l'aide qui n'en porte plus le nom mais qui s'en apparente beaucoup par l'intermédiaire de l'aide budgétaire, du CASRP et des indicateurs de performance à atteindre.

5.2. Prise en compte des expériences internationales et de l'expertise, et adaptation des données probantes au contexte national

De la citation de quelques études : on a vu précédemment que rares ont été les études sur la suppression du paiement des soins au Burkina Faso qui ont été prises en compte. Dans les documents de stratégie des SONU, plusieurs études internationales sont citées, notamment concernant le calcul des coûts. Mais on ne peut pas vraiment dire que leurs résultats aient été pris en compte. Les recherches sur la suppression du paiement en Afrique, notamment en Uganda dès 2001 ou en Afrique du Sud à partir de 1994, n'ont pas été considérées.

La prise en charge des indigents dans la subvention des SONU : au vu de l'annexe 4 du manuel d'exécution, il semble que les auteurs du plan de mise en œuvre se soient fondés, sans le citer, sur un protocole de recherche-action concernant la prise en charge des indigents en place dans le district de Ouargaye depuis 2007. Cette dernière recherche a été planifiée selon un processus participatif et en impliquant largement les services du ministère de la Santé. Il s'agit là, peut-être, d'une preuve d'une tentative intéressante d'appropriation ministérielle.

5.3. Objectifs clairs de la politique

Il est assez clair que la subvention des SONU a été formulée dans un contexte international d'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement et notamment de réduction de la mortalité maternelle. Tous les acteurs centraux rencontrés le disent, « *il y avait une idée mondiale qui circulait que si on veut atteindre les OMD, il fallait rendre les soins gratuits* » dit un responsable. Cela est d'autant plus clair que la politique de subvention prévoit le financement jusqu'en 2015, date internationalement adoptée pour les OMD, et que les estimations des effets de la subvention sur la mortalité maternelle sont calculées jusqu'à cette même date. Les autres

soins gratuits ou subventionnés, pour les enfants notamment, sont aussi ancrés dans ces OMD. Au-delà de ces objectifs à très long terme, la politique « *visé essentiellement à réduire significativement les coûts des prestations de services pour les populations* » [9]. C'est donc de l'accessibilité financière dont il est clairement question, les autres déterminants de l'accès [13] étant théoriquement considérés par d'autres programmes.

5.4. Étude des différentes options possibles pour la politique

Les trois options de subvention : une fois le calcul des coûts réalisé (voir plus haut), il a fallu décider la proportion que l'État pouvait prendre en charge et du montant que l'on réclamait aux parturientes. Le ministre de la Santé a réclamé que plusieurs hypothèses lui soit proposées. Trois options ont donc été discutées, soit une subvention de 60%, 80% ou 100%. D'après le document officiel, le choix a été « *basé surtout sur l'efficacité et la pérennité de la stratégie* », bien que ces deux termes n'aient pas été explicités. C'est le conseil des ministres qui a retenu l'hypothèse 2 sur la base des propositions des techniciens. De nombreux va-et-vient du document ont eu lieu entre le cabinet du ministre de la Santé, le ministère des Finances et du budget ainsi que la DSF. Mais au bout du compte, les politiques ont demandé aux techniciens de proposer une des hypothèses car ces derniers, selon eux, étaient plus au fait de la « *connaissance technique du dossier* » nous dit un médecin responsable de l'époque. Ainsi, « *la décision a été prise au sein du noyau dur de la directrice [de la DSF] et des chefs de service* », précise cette personne. Le taux de 80% a donc été retenu sauf pour les accouchements eutociques en CHR/CHU qui ne seront pris en charge que pour 60% afin de dissuader les femmes d'utiliser les hôpitaux. Aussi, « *je pense que l'on a choisi 80% en fonction de la situation des coûts, ce que le gouvernement peut supporter, ce qui peut permettre d'atteindre les OMD* », dit un responsable. Il y a eu des discussions puisqu'un ancien responsable de l'époque avance « *on était prêt à aller aux accouchements gratuits au premier échelon* ». D'après une des personnes ayant participé à cette prise de décision, le refus de la suppression totale du paiement (subvention à 100%) semble reposer sur deux arguments forts. Premièrement, les simulations proposées par les experts concernant les effets des trois options sur la mortalité maternelle ne montraient pas de différence d'effets flagrante entre 80% et 100%. Selon les calculs, la subvention à 100% permettrait de réduire le taux de mortalité maternelle à 105 pour 100.000 alors que la subvention à 80% à 122. Cette estimation a été réalisée sur la base d'hypothèses offertes par le FNUAP (la source n'est pas mentionnée dans le document). Face à la difficulté de réaliser ces calculs, les techniciens avaient réclamé l'aide de plusieurs partenaires pour disposer d'outils et d'approches, mais il semble que seul le FNUAP ait répondu, d'une manière relativement vague cependant. Ainsi, une fonction linéaire est utilisée où le choix de l'option permet au taux de mortalité maternelle de passer de 484 en 2005 à 122 en 2015. Si l'on poursuit le raisonnement linéaire, en 2019 le taux de mortalité maternelle sera de 0 au Burkina Faso par le seul fait de réduire le fardeau financier des SONU (voir schéma en annexe). Deuxièmement, le refus de la suppression du paiement s'explique par la crainte de mettre à mal la politique de recouvrement des coûts et « *l'habitude déjà ancrée au sein de la population* », dit-on, habitude de participer financièrement. Signalons enfin que, lors de certains ateliers d'informations organisés en 2006, des participants ont proposé l'idée de solliciter le PADS pour « *rendre la prise en charge totalement gratuite* », ce qui n'a pas été le cas, les organisateurs de l'atelier préférant suggérer aux participants de trouver des solutions locales, comme dans le district de Orodara où les césariennes seraient devenues gratuites, disaient-ils lors de cet atelier.

La validation préalable de la stratégie : l'ensemble des discussions d'ordre méthodologique a donné lieu à l'organisation à Ouagadougou d'un atelier de validation de la stratégie de subvention des SONU.

5.5. Évaluation approfondie des options sélectionnées

Transférer des fonds ou des intrants ? : les premières décisions de suppression du paiement au Burkina Faso datent d'au moins 1984 pour des pathologies classiquement prise en charge gratuitement en Afrique, soit la lèpre ou la tuberculose par exemple. Plus récemment, c'est dès 2002 que le gouvernement a décidé de la gratuité des soins préventifs pour les femmes enceintes et les nourrissons par exemple. Le Burkina dispose donc d'une certaine habitude de fourniture de soins gratuits. Aussi, il semble que les récentes décisions, à tout le moins depuis 2007, tentent de prendre en compte les difficultés du passé concernant les modalités de transfert des fonds. En effet, la plupart des expériences du passé qui reposaient sur le principe de la mise à disposition des intrants ont connu des difficultés. Lorsque les produits étaient stockés au niveau central, « *dire aux districts de venir chercher, c'est pas évident* » (pharmacien), ces derniers manquant parfois de la logistique. De même, lorsque de grandes quantités parvenaient au niveau des DRD, les CSPS se trouvaient à leur tour face à des difficultés logistiques pour acheminer les intrants vers leurs DMEG. Cela a été flagrant dans le cas du fer distribué lors des CPN qui pèse lourd et est volumineux, sans compter le fait qu'il semble que les commandes aient été passées pour répondre aux besoins de 5 ans, provoquant assez vite des stocks en péremption. D'autres se plaignent « *ça n'arrive pas à satisfaire les besoins des districts* » car les quantités étaient souvent insuffisantes, et donc les infirmiers prescrivaient de nouveau les médicaments vendus par les COGES. Une étude anthropologique a mis au jour les mêmes difficultés : « *On peut nous dire que les soins sont gratuits, mais si on ne nous donne pas tout. On peut donner le carnet. On donne les carnets gratuitement, mais on ne vous donne pas les gants* », dit une sage-femme à Ouagadougou [14]. D'un autre côté, il semble que « *les gens sont tellement intelligents, on prend le temps d'aller chercher les produits* », dit un responsable du ministère, et ainsi on provoque de manière artificielle des ruptures de stocks de produits normalement gratuits afin de reprendre la vente des stocks achetés par les COGES. Les difficultés d'approvisionnement se constataient aussi lorsque le matériel était fourni par des bailleurs de fonds externes. Qui plus est, la CAMEG se retrouve souvent devant des partenaires qui veulent apporter les intrants sans toujours prendre en compte les modes de fonctionnement locaux. Aussi, les responsables du ministère, notamment sollicités par ceux de la CAMEG, semblent maintenant s'orienter sur des solutions reposant sur le transfert d'argent pour acheter les produits plutôt que l'envoi de ces derniers. Pour les SONU, comme pour les produits concernant les soins prénataux, les districts reçoivent maintenant des sommes d'argent leur permettant d'aller acheter les intrants au niveau des DRD. Ainsi « *de plus en plus, tous les programmes⁴ qui étaient à la marge commencent à utiliser les ressources de la CAMEG* », dit un pharmacien. C'est donc sur la base des expériences vécues que le système s'adapte doucement et fait en sorte que la CAMEG soit au cœur d'un dispositif où des ressources sont pré-positionnées dans les centres de santé pour acheter des intrants provenant de la Centrale. Par exemple, pour les soins préventifs destinés aux femmes enceintes, un transfert de 18 millions de F CFA à l'échelle du pays a été fait en 2008 dans chaque district.

⁴ le nouveau programme UNITAID ne semble pas encore en phase avec cette approche

5.6. Identification précoce des mesures accompagnantes

Il n'y a « *pas eu d'action particulière pour les achats d'équipements* » dit un DRS car, justifie-t-il, il a été prévu de se « *greffer sur un système qui fonctionne déjà* ». Cela est également justifié par les responsables dans le fait que le Burkina dispose déjà de ressources importantes mises à disposition du PNDS pour l'amélioration de la qualité des soins, bien que l'articulation et la coordination entre le PNDS et la politique de subvention des SONU n'ait pas été clairement définie. L'Union européenne avait aussi financé un projet de santé maternelle qui prenait en compte certains des aspects qualifiés dans la stratégie comme des « conditions de réussite ». Mais d'autres considérations semblent avoir été prises en compte pour se centrer sur la demande de manière quasi-exclusive « *le plus facile à régler est de réduire le coût financier, l'aspect qualité comme il y a plusieurs composantes, c'est pas facile* » nous dit un responsable du ministère de la Santé. Cela étant dit, il semble que les responsables de la formulation de la politique étaient largement conscient de ces carences mais pensaient aussi qu'il ne fallait pas sans cesse reporter le démarrage d'une politique ambitieuse en attendant d'hypothétiques décisions concernant l'amélioration de l'offre de services.

Les mesures d'accompagnements de la subvention des SONU, notamment la mise en fonctionnement des blocs opératoires pour les césariennes, la présence d'ambulances ou encore le personnel médical pour cet acte chirurgical, ne semblent pas avoir été planifiées au démarrage de la politique. Elles étaient bien connues des planificateurs, mais elles n'ont pas été insérées dans le plan. Ces enjeux ont été très souvent soulevés lors des ateliers régionaux organisés en 2006 pour présenter la politique. Dans certains districts, ces « *contraintes locales* » [15] ont fait en sorte que le début des premières subventions a été décalé dans le temps. Aucune mesure n'a non plus été organisée pour anticiper la surcharge de travail administratif engendré par toutes les nouvelles fiches à remplir, bien que malheureusement les agents de terrain soient habitués à cet ajout de tâches que provoque tout nouveau programme.

5.7. Vision, leadership et appropriation par les autorités nationales

« *il y a eu d'autres situations où on a fait du plaidoyer qui n'a jamais fonctionné, et là, on a été surpris* », dit un responsable du ministère de la Santé. Ainsi, il semble que la volonté du ministre de la Santé ait été cette fois-ci suffisamment forte pour convaincre son collègue des Finances, bien qu'il ne faille évidemment pas mésestimer le poids des bailleurs de fonds dans cette décision politique, notamment de la part de la Banque Mondiale. Puis, « *à l'Assemblée, le ministre a réussi à convaincre les députés* » nous dira un haut responsable de l'époque. À l'échelle des directions, « *je sentais que la DSF était motivée, mais il fallait embarquer la DAF du ministère de la santé* », ajoute la même personne. Selon elle, plusieurs facteurs expliquent que la décision ait pu être prise : la célébration depuis quelques années de la journée africaine sur la santé maternelle en la présence de la Première Dame, la volonté d'agir sur la mortalité maternelle face à des taux encore très élevés, un ministre sensible à la question et convaincant, l'utilisation du budget national et de l'appui budgétaire.

5.8. Implication des acteurs clés pour la mise en œuvre

L'absence des agents de première ligne dans la formulation : Les implications d'un démarrage précipité par les décisions politiques alors que tous les détails techniques n'étaient pas finalisés (voir plus bas) sont le fait que tous les acteurs concernés n'ont pas pu être impliqués dans le processus de formulation et de mise en œuvre de la politique. Un certain nombre de personnes se plaignent que les agents de première ligne n'aient pas été associés aux décisions et à la formulation au départ. C'est moins le cas pour la mise en œuvre, car plusieurs réunions ont eu lieu mais la carence semble forte pour la formulation. « *la question a été posée si les agents de la périphérie ont été associés, ils ont dit que non* » dit un médecin présent lors des premières réunions d'information concernant en particulier le calcul des coûts. Si les « *grands patrons* », dit une des personnes impliquées au départ⁵, ont été associés, par exemple, à la définition des coûts des césariennes, les agents de santé des CSPS n'ont pas vraiment participé aux discussions. Dans le contexte du Faso, la plupart des grandes réunions pour ce type d'activités fait en sorte que seuls les responsables soient présents, les MCD, par exemple, pour les districts. « *les SONU c'est trop d'en haut* », dit un AIS d'un CSPS rural. L'absence des infirmiers lors de l'élaboration des calculs de départ participe peut-être à l'explication de l'erreur de calcul sur les coûts d'accouchement dont nous parlerons plus bas.

6. MISE EN ŒUVRE

6.1. L'échelonnement de la réforme

Démarrage à l'échelle nationale sans la préparation de certaines composantes : en ce qui concerne les SONU, malgré le fait d'avoir développé une bonne planification de la mise en œuvre, certaines composantes n'étaient pas prêtes alors que la politique démarrait. « *L'application a été brusque* », dira un membre d'une ECD, « *les techniciens ont été devancés par les politiques* », dit un responsable du ministère. C'est le cas de certains mécanismes financiers que l'on évoque plus bas tout comme celui de la majorité des outils de suivi. Cela était d'autant plus déstabilisant pour les agents de terrain que les populations réclamaient les soins subventionnés et que les agents ne savaient pas comment il fallait rendre des comptes. Le démarrage a donc précédé la mise à disposition des outils de gestion. Certains responsables « *se sont trouvés avec les chèques sans savoir quoi faire* », dit un responsable du ministère de la Santé, car la décision politique a précédé la préparation technique. Lorsque la décision a été prise en Conseil des Ministres « *on était au stade des documents de base et on a pas pu définir l'opérationnalisation quand le gouvernement a débloqué les fonds* ». Comme il fallait démarrer, les fonds ont d'abord été transférés juste aux hôpitaux. Par la suite, compte tenu du contexte burkinabè, les fonctionnaires de première ligne « *ne peuvent qu'exécuter les ordres* », a-t-on souvent entendu lors de nos rencontres. « *Les services de santé n'étaient pas suffisamment programmés mais comme c'était une directive...* » dit un responsable régional du ministère de la Santé. Selon un responsable au niveau central, l'application a été nationale, car « *c'était à une période où on était réfractaires à des projets pilotes* ». De plus, il précise que la réalisation des tests aurait retardé le démarrage à l'échelle nationale et donc la possibilité d'atteindre les OMD

⁵ Ce qui n'a par la suite n'a pas empêché ces mêmes « patrons » de ne pas respecter les prix qu'ils avaient aidés à définir, ce qui est surtout vrai dans les grands hôpitaux.

en 2015. Ainsi, certains déplorent la situation, car « *on devait se donner le temps de travailler, de mettre en place les mécanismes, là encore le gouvernement a dit de généraliser dans tout le pays* ». Pourtant, l'expert de la Banque Mondiale qui a soutenu le début de la formulation avait souhaité que la politique soit échelonnée avant d'être généralisée. Une des recommandations de cet expert apposée dans l'aide mémoire de sa mission avait été que « *seulement les césariennes seront couvertes par la subvention afin d'acquérir l'expérience pratique nécessaire* ». Mais il semble que les enjeux politiques d'une intervention ne pouvant bénéficier à l'ensemble de la population aient pris le dessus sur la pertinence technique d'agir par étapes.

À propos des médicaments, il semble aussi qu'il y ait eu « *prise de décision alors que certaines molécules n'étaient pas disponibles à la CAMEG* », nous dit un pharmacien, et le temps de les commander n'a permis leur présence qu'au moins 6 mois après le démarrage. Mais cela n'est pas vrai pour tous, car « *jusqu'à nos jours, on a pas tout le complet... cela arrivera au plus tard en janvier* », soit plus de 18 mois après le lancement de la politique. Certains molécules (sulfate de magnésium) n'étaient, par exemple, pas sur la liste des MEG officielle ; leur commande pour la nouvelle politique a donc dû attendre que cette liste soit revue en conséquence. Mais globalement, il semble que la mise en place de la subvention des SONU n'ait pas déstabilisé l'organisation de la CAMEG. En effet, les nouvelles sommes mobilisées ne constituaient pas un accroissement considérable du volume des commandes, soit environ 10% du chiffre d'affaire. De plus, une partie de cette somme correspond à des besoins préalablement couverts puisqu'il y a toujours eu des accouchements et des césariennes.

6.2. Processus de planification

L'absence de financement du plan de mise en œuvre : Il faut ici rappeler que la stratégie de subvention des SONU repose sur trois piliers, i) la subvention des actes réalisés par les FS, ii) l'appui à la mise en œuvre, et iii) la communication concernant la stratégie. l'un des problèmes majeurs est que l'État ne s'est engagé de manière claire que dans le financement des actes médicaux, soit le premier pilier. Le plan de mise en œuvre de la subvention [16] ainsi que celui de la communication n'a pas été financé de manière systématique. Plusieurs raisons ont été évoquées. La première est que « *les députés se sont dit que le ministère de la santé avait des ressources pour la mise en œuvre* », dit un ancien haut responsable. La seconde est, de l'avis de certains responsables de l'époque, que : « *l'erreur pour nous a été de présenter deux documents à financer : la stratégie de subvention et le plan de mise en œuvre* ». Cela explique, en grande partie, les problèmes de mise en œuvre que nous allons évoquer dans le reste du rapport. Cet absence de financement oblige les responsables de la DSF à promouvoir régulièrement leurs besoins en financement plutôt qu'à réaliser les activités. Le plan de mise en œuvre a été rendu public en avril 2006 et concerne la période de 2006 à 2010. Il comporte 35 activités pour un montant total de 1,06 milliards de F CFA ce qui correspond, pour la même période, à moins de 9% du montant de subvention des actes.

6.3. Stratégies de communication

Des ateliers d'informations : tel qu'il a été présenté dans le tableau de l'échelle temporelle de la subvention des SONU, de nombreux ateliers ont été organisés entre 2004 et 2008. Dans un premier temps, ils ont permis d'informer les responsables sanitaires en 2006 et 2007 sur les

modalités pratiques. Les 13 ateliers régionaux, organisés en 2007, ont coûté 23,3 millions financés par le PADS et l'atelier national 4,4 millions financés par le budget de l'État. Dans un second temps, en plus des prestataires et acteurs de terrain, les « leaders » ont aussi été informés. Entre mai et juillet 2008, 555 leaders (gouverneurs, préfet, maires, responsables religieux et coutumiers) ont été tenus au courant de la politique dans les 13 régions sanitaires du pays.

L'absence de financement de la communication : nous n'avons pas pu trouver de plan de communication mais il était prévu un budget de 100 millions pour cela. Ce budget n'a pas été trouvé. Des discussions ont eu lieu lors de la formulation de la politique pour faire en sorte qu'une agence privée spécialisée dans la communication puisse être sélectionnée pour s'occuper de cette tâche. Des réticences internes et la difficulté de faire des appels d'offres avec le budget national (contrairement aux financements des bailleurs de fonds) expliquent que cela n'a pas été fait. La Direction Générale de l'Hygiène Publique et de l'Éducation Sanitaire devait rédiger finalement le plan de communication. Cependant, des activités de communication sont insérées dans le plan de mise en œuvre. Seulement trois activités de ce plan ciblent le grand public à l'aide i) de « spots radio », ii) d'affiches, iii) insertion de diffusion de l'information lors des stratégies avancées et autres rencontres locales. Seules les émissions de radio ont été estimées à 22 millions de F CFA (alors que l'activité de lancement en présence de la Première Dame du Faso est budgétisé à 15 millions). La fabrication des affiches et la diffusion des informations lors des rencontres locales ne sont pas budgétisées dans le plan de mise en œuvre. Ainsi, seulement 2% des dépenses de ce plan de mise en œuvre étaient prévues pour la communication au grand public. Cette faiblesse explique certainement les insuffisances que nous avons relevées ainsi que celles explicitées plus bas.

Des insuffisances de la transmission d'informations : L'évaluation réalisée après 6 mois de mise en place des SONU [15] montre que les responsables ont été informés de la politique par l'envoi de courriers administratifs puis de rencontres nationales et régionales. Suivant le schéma administratif traditionnel au Burkina, c'est du sommet vers la base que l'information a été diffusée. Comme souvent au Faso, c'est la logique verticale, pour reprendre les mots des évaluateurs de 2007 [15], qui a été suivie, les ICP tenant l'information des MCD et devant les transmettre aux COGES et aux populations. Mais nous savons que ce type de transmission ne fonctionne que rarement. Plusieurs agents de santé rencontrés dans les formations sanitaires que nous avons visitées ne connaissaient pas bien les « tenants et aboutissants » de la subvention pour reprendre les mots d'un DRS. Lors des ateliers de 2006, il avait pourtant, par exemple, été recommandé de « rendre disponible le manuel d'exécution de la stratégie dans toutes les formations sanitaires ». Citons quelques exemples rencontrés sur le terrain pour rendre compte de ces carences informationnelles.

- *La durée de l'hospitalisation lors des accouchements* : deux accoucheuses rencontrées dans deux CSPS différents du même district ont affirmé que les SONU avaient imposé que la durée de l'hospitalisation après l'accouchement était de six heures au minimum pour l'une et de trois jours pour l'autre. Une femme rencontrée dans un CSPS se plaindra en disant que « Quand on accouche au CSPS, il faut rester au moins trois jours, c'est trop long ».
- *La prise en charge des avortements* : Un infirmier avance qu'il ne sait pas pourquoi les avortements spontanés ne sont pas pris en charge au niveau des CSPS dans les SONU alors qu'ils le sont au CMA. Pourtant, nous avons retrouvé affichée dans un CSPS du district où travaille cet infirmier une note de service d'avril 2008 stipulant clairement que

les avortements sont pris en charge. Mais en y regardant de plus près dans cette note, un point d'interrogation (?) suit la précision concernant les avortements. En étudiant le manuel d'exécution, rien n'est dit sur les avortements.

- *La prise en charge des indigents* : bien que l'État ait prévu près de 5 milliards jusqu'en 2015 pour les indigentes dans le cadre de la subvention des SONU, la plupart des acteurs rencontrés sur le terrain ainsi que certains au niveau central, n'était absolument pas au courant de cette possibilité. L'expert de la Banque Mondiale avait signalé ce sujet à la DSF dans son aide-mémoire de mission de mai 2007. Pourtant, selon le compte rendu de l'atelier organisé en juillet 2006 à Tenkodogo, pour ne prendre que cet exemple, il est clairement précisé que cette prise en charge à hauteur de 20% du budget a été présentée et largement débattue.
- *Accoucher ou planifier les naissances* : un certain nombre de personnes ont souhaité pointer du doigt la difficile cohérence, telle que perçue par ces acteurs de terrain surtout, entre une politique qui est perçue par certaines personnes comme favorisant les naissances (puisque les accouchements sont à tarif réduit) et des programmes de planning familial (qui vise au contraire à réduire/espacer le nombre des naissances). Un agent itinérant de santé travaillant en zone rurale se plaint de la difficulté de faire passer des messages lorsqu'il va dans les villages pour ces activités d'éducation à la santé.

Ainsi, soit l'information est mal passée, soit elle n'a pas été passée du tout. Une partie de la population en zone rurale, les femmes en particulier puisque ce sont elles les destinataires principales (y compris pour les enfants qu'elles prennent en charge) ont-elle appris l'existence de la subvention des SONU au moment de leur accouchement ou pas ouïe dire. Une autre partie n'est tout simplement pas au courant en 2007 [15, 17] ou alors a constaté que les prix avaient baissé sans vraiment savoir pourquoi. L'information n'a donc pas toujours atteint les villages et notamment les femmes [18]. Dans certains contextes régionaux où les femmes disposent de peu de ressources et doivent négocier avec leur mari pour payer [19], certaines d'entre elles ne savent pas non plus combien l'accouchement coûte. Une femme qui venait d'accoucher de son cinquième enfant nous a confirmé ne pas savoir combien son mari avait payé. En zone urbaine, les ménages qui disposent de la télévision ou de la radio semblent avoir obtenu plus facilement l'information.

Un plan de communication en retard et sans moyens : la définition des activités de communication a pris beaucoup de temps, alors même qu'un responsable nous dit qu'un budget de 100 millions aurait été débloqué pour cela. Mais personne d'autre que lui ne nous a parlé de ce budget. Cela étant dit, le retard a été pris car « avec le volet communication, on a passé beaucoup de temps à cirer les chaussures avant de rentrer dans la salle », dit un haut responsable. Il aurait été prévu que les activités de ce plan soient définies par un cabinet d'experts externes au ministère. En ce qui concerne les séances d'informations, dans le contexte national (et régional [20]) où la majorité des réunions ne peut se tenir sans *per diem*, il semble que les responsables locaux qui étaient chargés de démultiplier les réunions de démarrage afin d'informer le plus grand nombre n'aient pas eu les moyens nécessaires, car « pour sensibiliser, il faut les moyens » dit un responsable de formation sanitaire [15]. Au sein de la première dotation financière, une somme de 300.000 F CFA pouvait être consacrée pour les séances d'informations, en fait pour payer les *per diem* et les frais de déplacement des personnes invitées. Dans les districts de Tenkodogo et de Ouargaye par exemple, trois réunions ont été organisées pour les ICP, les AIS, les accoucheuses ainsi que les responsables de COGES. Au niveau local, certains ont trouvé

d'autres ressources ou ont « intégré » ces activités dans d'autres pour lesquelles ils disposaient du financement nécessaire. Les activités d'informations au grand public ont donc tardé largement. Par exemple, ce n'est qu'en novembre 2008, soit deux ans après le démarrage de la politique, que la DSF vient de recevoir des affiches informant les parturientes de la politique pour les apposer sur les murs des CSPS. En attendant ces affiches du niveau national, une région sanitaire avait devancé l'idée et demandé à un de ses partenaires de financer une telle publicité dont s'est inspirée la DSF. Cependant, ces documents ne sont qu'en langue française pour le moment. Un haut responsable du ministère nous dira que la langue française ne pose pas trop de problème car les affiches servent surtout d'objet de dissuasion contre les abus possibles des agents. Ce n'est aussi que le 7 novembre 2008 qu'un atelier d'informations des médias sur la stratégie a été tenu. De même, ce n'est que maintenant que le responsable à la DSF cherche à rencontrer les députés pour leur expliquer la stratégie car ils « *ont demandé à être informés car les gens leur demandent des informations qu'ils ne savent pas* ».

6.4. Accord transparent entre les financeurs

Un engagement politique fort pour le financement des SONU : L'ensemble du coût des remboursements des actes subventionnés est pris en charge par le budget de l'État, le budget national (« *le BN* ») pour reprendre les termes locaux. Il existe évidemment une aide budgétaire (30% des ressources de l'État proviennent de dons [21]) internationale, et le rôle joué par la Banque Mondiale et le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté a déjà été noté plus haut. « *L'avantage est que c'est une décision du conseil des ministres, qu'il y a un rapport jusqu'en 2015 et que le ministre des finances est obligé de mettre cela dans son budget* », dit un haut responsable du ministère de la santé. Mais cette réactivité obligatoire ne paraît pas si facile que cela, puisque le dossier semble devoir être de nouveau défendu chaque année alors que les députés ont participé à la formulation. Selon le document de stratégie nationale, le montant de la subvention va passer de 1,6 milliards en 2006 à 4,2 milliards de F CFA en 2015. Cette augmentation s'explique en partie par l'augmentation de la population de référence ainsi que celle de la proportion attendue de césarienne dont l'augmentation est recherchée, le Burkina étant encore à un niveau très bas (moins de 1%). Près de 30 milliards de F CFA seront donc consacrés à cette politique pendant une période de neuf ans dont 5 milliards pour les indigents. La proportion de ce montant accordée aux districts est en moyenne de 80,4% sur la période de 2006 à 2015, le reste étant pour les CHR/CHN. Il est *a priori* prévu que cette proportion accordée aux districts baisse de manière constante passant de 83,14% en 2006 à 79,28 % en 2015. Si l'on considère la population totale du pays selon les données de ce même document, l'État a donc décidé d'accorder un montant *per capita* pour les SONU qui va doubler de 2006 à 2015, soit de 120 F CFA à 254 F CFA. Voici donc pour les décisions formulées dans les documents de politique, mais qu'en est-il vraiment des engagements si on étudie le budget national ?

Le financement de la subvention des SONU a été régulièrement inscrit dans le budget de l'État, sur le titre 4, intitulé « transferts courants » section 21, chapitre 61.139, article 63 et paragraphe 639. Les montants suivants ont été prévus pour la mise en œuvre :

- en 2006, sur la ligne ci-dessus citée, il a été inscrit 537.945.000 FCFA et 793.479.000 FCFA sur le titre 3, section 21, article 62, paragraphe 623 et rubrique 93 du budget PPTE⁶ soit un total de 1.331.424.000 FCFA :
- en 2007, il a été inscrit 1.256.556.000 FCFA ;
- en 2008, ce montant a été de 1.644.429.000 FCFA.

Le tableau suivant permet de comparer les inscriptions dans le budget national des décisions prises et annoncées dans le document initial de politique.

Tableau 3 : Comparaison des montants prévus pour les SONU et des montants inscrits au budget

	2006	2007	2008
Annoncé dans la stratégie	1 601 464 570	1 919 359 597	2 251 496 808
Inscrit au budget national	1 331 424 000	1 256 556 000	1 644 429 000
Écart	17%	35%	27%

Si l'on considère les trois premières années de la stratégie et que l'on formule l'hypothèse que tous les engagements de l'État ont été trouvés dans le titre 3 et 4, l'écart moyen sur trois ans est de l'ordre de 25% entre les besoins exprimés à l'origine et l'inscription budgétaire.

L'exemple d'un manque de coordination entre bailleurs, ONG et services du ministère : le cas de la prise en charge des indigents : Au moment de notre mission, le ministère de la santé était en train de planifier la prise en charge d'indigents dans le cadre d'un projet de 5 ans qui devait être soumis au Result-Based Financing Trust de la Banque mondiale. Ce projet était d'un montant estimé à environ 12 millions \$. Le « mécanisme 3 » qui concerne l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les plus pauvres, donc les indigents, était de l'ordre de 20 % de ce budget. Si le projet était encore en cours de discussion au moment de la mission (il devait faire l'objet d'une mise en concurrence avec d'autres pays), il était prévu de produire un fichier national des indigents ainsi que leur prise en charge. Mais il semblait que le volet concernant les indigents serait d'abord concentré dans les deux régions les plus pauvres. Cependant, puisque ce projet se concentrait sur les OMD 4 et 5 qui concernent les enfants et les femmes, les fonds débloqués pour les femmes indigents devraient se recouper avec ceux venant des SONU. Or, le responsable de la planification de ce projet au sein de la DEP ne savait pas que dans la subvention des SONU était prévu 5 milliards de F CFA pour la période 2006-2015. De même, certaines ONG financées par ECHO ont-elles prévues dans leur budget la prise en charge d'un certain pourcentage d'indigents. Même si cela n'est pas centré uniquement sur la cible des SONU, il y aura assurément un recoupement.

⁶ Ce qui témoigne de l'utilisation des crédits pour la réduction de la dette, tel que cela avait été le cas en 2003 pour la gratuité des consultations prénatales

6.5. Mécanisme clair et efficace de transfert des moyens aux structures de santé

Le choix du transfert de fonds :

Les SONU et la mise à disposition de chèques : notamment pour éviter les problèmes de mise à disposition d'intrants (l'envoi de kits accouchement par exemple), les concepteurs de la subvention des SONU ont décidé de transférer des sommes d'argent aux formations sanitaires. Ainsi, lorsque les gestionnaires de la DSF disposent des chèques signés par la DAF pour chaque district, ils appellent les gestionnaires pour que ces derniers se rendent dans la capitale retirer les chèques. Ce transfert de fonds est ensuite donné par le district aux COGES des FS qui peuvent s'approvisionner en médicaments aux DRD sans à avoir à avancer l'argent. Puisque les COGES peuvent payer leurs factures à 30 jours fin de mois pour les médicaments achetés au DRS, les commandes passées en début de mois peuvent ainsi attendre 60 jours pour être réglées. Les COGES disposent donc largement du temps nécessaire pour acheter les intrants qui correspondent à leurs besoins avec les sommes qui leur sont allouées sur la base des actes attendus. Certains pensent même que « *la subvention des SONU a mené les districts à être plus entreprenants en augmentant les stocks au DRD et dans les CSPS* », nous dit un pharmacien.

Globalement, il semble que le système de transfert de fonds par l'intermédiaire de chèques barrés fonctionne bien. Cependant, certains districts se plaignent du retard. Par exemple le district de Bogodogo aurait 12 millions de F CFA de retard de paiement. Dans les CSPS, quelques retards seraient aussi constatés, mais pour des raisons non liées au transfert de fonds du niveau central (voir plus bas).

De l'absence de clarté de certains mécanismes de mise en œuvre de la stratégie des SONU

De manière générale, il semble que le démarrage de la subvention ait été chaotique, « *nous avons manqué de beaucoup d'informations pour pouvoir bien démarrer* », affirmait un responsable de structure sanitaire [15]. « *Si on avait compris à temps, on aurait commencé tôt* », nous a confirmé un gestionnaire.

La prise en charge du transport... à l'aller seulement...et pas depuis la maison : la politique a prévu un forfait de 10.000 F CFA par évacuation sanitaire entre une formation sanitaire et celle de son échelon supérieur. Mais rien n'a été prévu pour parcourir la distance entre la maison de la femme et la formation sanitaire de premier contact. « *C'est du village au CSPS que cela pose un problème* », dit un médecin. Pourtant, dans le document de stratégie nationale [9] on affirme que l'un des objectifs spécifiques est la prise en charge des deux types de dépenses, soit « *des villages vers les centres de santé* » et « *des centres de santé vers les centres de références* » (p.29). Une parturiente rencontrée dans un CSPS rural proposera : « *donner des vélos à nos maris pour qu'ils puissent nous amener tôt au CSPS* ». Plus loin dans le document de stratégie (p.49), on apprend que les rédacteurs semblent attendre une prise en charge venant d'un autre financement « *le volet moyens de transport est pris déjà en compte dans le cadre du CDMT* ». Il semble que cette question ait été largement discutée par les techniciens et les participants aux réunions de préparation. Mais aucune solution n'a finalement été retenue. Lorsque ce sujet a été évoqué devant le ministre de la santé de l'époque, ce dernier a qualifié les auteurs de cette suggestion de « *rêveurs* ». Ensuite, les documents n'étant pas clairs de ce point de vue, les acteurs ont

interprété que les 10.000 F réservés au « *coût du carburant et de l'entretien* » ne concernaient que l'aller et pas le retour. Aussi, une fois le problème urgent réglé et l'opération réalisée, la femme et sa famille doivent-ils trouver les moyens financiers de rentrer à la maison, ce qui peut évidemment avoir des conséquences sur l'économie familiale. Ajoutons que le transport ne semble pas gratuit encore partout. Dans un district urbain de la capitale, il est encore réclamé une somme de 1.500 F à toutes les femmes qui bénéficient d'une évacuation sanitaire.

Le remboursement des intrants des CSPS lors des évacuations : lorsqu'une femme est prise en charge dans un CSPS et qu'elle nécessite une évacuation sanitaire, elle reçoit des soins (une voie veineuse par exemple) et des intrants sont donc mobilisés avant qu'elle ne monte dans l'ambulance. Puisqu'elle est transportée, elle ne paye donc pas sa contribution au CSPS mais au CMA. Cependant, les agents des CSPS ne savent pas vraiment comment ils seront remboursés de ces dépenses « *je ne sais pas où classer les femmes que l'on évacue pour les remboursement* », dit un ICP. Aucun CSPS ne semble avoir été pour le moment remboursé. Donc « *dès que l'on évacue une femme, c'est comme une perte [financière] pour les CSPS* » dit un infirmier.

Des ristournes au personnel : Il faut d'abord rappeler qu'officiellement, les agents de santé ont droit à une prime (dite ristourne) sur l'activité réalisée. Cette prime correspond à 20% des tarifs appliqués aux actes médicaux. Dans les CSPS, ces primes sont généralement octroyées chaque trimestre. Par exemple, si 2.000 consultations facturées 100 F ont été réalisées au cours du trimestre ainsi que 500 accouchements facturés 200 F, le COGES verse aux agents une ristourne de 60.000 F pour les trois mois (soit $200.000 + 100.000 = 300.000 \times 0,2 = 60.000$ F). La subvention des SONU est venu quelque peu chambouler l'ordre établi. Ainsi, lors du démarrage de la subvention, « *ce n'était pas facile* », nous dit un DRS car comme bien souvent « *le personnel demande une motivation* » lorsqu'une nouvelle politique est mise en oeuvre, dit un responsable de formation sanitaire [15], le terme de motivation dans ce contexte étant synonyme de rémunération. Pour toutes les personnes rencontrées de plusieurs districts, la manière dont la gestion de la subvention a été présentée fait qu'elles ont toutes penser « *qu'on pouvait faire des bénéfices* », dit un agent de santé. Un autre dira que « *on avait compris que le forfait était de 3.600 F et que le reliquat était des bénéfices* ». Ainsi, certains agents ont eu tendance à s'octroyer 20% de ristourne sur le montant de la subvention ($3.600 \times 0,2$), d'autres agents ont appliqué les 20% sur le reliquat entre la subvention et les dépenses réelles (par ex. : $(3.600-2500) \times 0,2$), d'autre encore entre le coût prévu et les dépenses réelles (par ex. : $(4.500-2500) \times 0,2$). Dans les cahiers de dépenses de certains CSPS, nous avons ainsi pu lire les mentions suivantes « *ristournes SONU* », « *motivation SONU* » ou encore « *20% SONU aux agents de santé* ». Ces ristournes ont été importantes, en tous les cas plus importantes que d'habitude, variant entre 30 et 80.000 F selon les CSPS d'un district. Alors que la politique débute en avril 2007 dans ces mêmes CSPS, la subvention n'arrivera physiquement qu'en septembre 2007, ce qui n'empêche pas les agents de distribuer dès l'arrivée de l'argent les 20%. Ils avaient peut être compris qu'on allait leur expliquer plus tard que ce n'était pas ainsi qu'il aura fallu interpréter les consignes. Pour confirmer, un ancien haut responsable dira « *les agents font exprès, on met le flou pour créer des situations pour faire des pratiques parallèles* ». Cette pratique ne semble pas isolée à un seul district, plusieurs responsables de régions différentes l'ont relevée. En effet, il est officiellement prévu que les agents peuvent s'octroyer 20% de ristournes sur les prix des actes réalisés (pas les médicaments). Certains ont donc demandé aux COGES qui gèrent ces sommes de faire en sorte que les subventions soient considérées comme la même ligne budgétaire que les actes et donc puissent recevoir 20%. Dans un district, les 3.600 F venant de l'État ont donc été

répartis à 80 % pour les COGES et 20% pour les agents. Les responsables de la DSF se sont aperçus de cette situation, et il a été demandé de surseoir à cette pratique « *ils nous ont demandé à ce que le reliquat soit considéré comme un bénéfice, mais on a dit non* ». Les agents ont donc maintenant compris que « *c'est pas de l'argent à bouffer* », dit un infirmier en zone rurale. Le message est donc passé. Dans un district urbain, les agents appliquent les 20% au prix de l'acte (750 F) mais aussi à celui de l'hospitalisation (150F) réclamée pour les accouchements. Dans un district rural, l'acte est à 300 F et l'hospitalisation à 1000 F. Hospitalisation et accouchements forment donc un tout, dont les prix varient, sur lesquels les 20% s'appliquent maintenant, bien que plusieurs agents rencontrés, non responsables des formations sanitaires, ne savent pas si les « *ristournes, et ce que cela prend en compte les SONU ? je ne sais pas comment c'est calculé* ». Tout cela montre aussi parfaitement que ces pratiques ont été des surprises pour la DSF et que rien n'avait été planifié pour les anticiper. Les responsables centraux avaient bien conscience que l'arrivée de la subvention pouvait poser des problèmes à ce niveau mais ils attendaient peut être aussi de l'aider de leurs collègues responsables aux niveaux périphériques puisque de nombreuses présentations de la politique ont eu lieu. Cela est d'autant plus surprenant que l'estimation du coût de l'accouchement eutocique semble erronée, comme nous le verrons plus bas.

L'absence de critères pour la sélection des indigents : puisque les recherches-actions sur l'indigence n'ont pas été mises en place, les acteurs de terrain, lorsque la subvention a démarré, n'avaient encore reçu aucune indication sur la manière de sélectionner les indigents. Or, si les agents de santé font bénéficier gratuitement des SONU à certaines femmes, ils savent qu'ils devront rendre des comptes, en tous les cas, certains s'en sont inquiétés. Aussi, faute de consigne, la plupart semble n'avoir accordé aucune exemption du paiement des forfaits demandés aux parturientes. Pourtant, lors de l'atelier de Bobo-Dioualasso, tenu mai 2006, les participants avaient demandé la mise à disposition des « *conclusions de l'atelier national d'identification des critères d'indigents* ». Le *statu quo* demeure car sans critères précis, personne ne veut se lancer dans la prise en charge des indigents, et sans prise en charge, personne ne saura sur quels critères se baser. Cela est d'autant plus vrai qu'il n'existe pas de service social en dehors des villes. Et même dans les villes ou dans les CHU/CHU, ils ne sont pas toujours efficaces. Cette peur d'être sermonné à cause d'une erreur de sélection (faux positifs) a été renforcée par la mise en place du système d'information électronique. À partir du moment où les ECD ont été contraintes de saisir par informatique toutes les fiches SONU, lorsque l'agent de saisie notait qu'une indigente avait été prise en charge, il lui était demandé le numéro de sa carte. En effet, dans le système administratif officiel, il existe des cartes d'indigence qui sont délivrées par les Services Sociaux. Cette requête informatique paraît donc administrativement logique, mais peu ancrée dans la pratique quotidienne des agents. Car il faut bien reconnaître que ces services sont peu fonctionnels et absents en milieu rural. Aussi, un médecin d'un CMA ayant réalisé des césariennes sans demander le paiement forfaitaire à plusieurs femmes n'a-t-il pas pu saisir le numéro de carte d'indigent et s'est retrouvé face à un dilemme pour leur prise en charge. Dans le district de Ouargaye, le problème est en partie réglé car la recherche-action dont nous avons parlé précédemment a réussi à faire en sorte que 300 personnes (dont la moitié de femmes) ont bénéficié de carte d'indigent estampillées par le ministère de l'Action sociale et disposant ainsi d'un numéro. Mais, cette recherche-action pose aussi quelques défis. D'une part, ces 300 personnes ne concernent que 3 pour 1.000 habitants, et d'autre part, elle ne concerne que les villageois de 10 CSPS sur 26 formations sanitaires du district. Le test de 20 critères d'indigence

dans 11 autres CSPPS pourra être utile par la suite, ainsi que les recherches-actions prévues dans le cadre de la subvention des SONU.

La tarification de certains actes SONU : il semble que certaines actes réalisés dans les CMA notamment n'aient pas fait l'objet d'une prise en charge explicitée par les concepteurs alors même qu'ils concernent les soins obstétricaux d'urgence. Il s'agit notamment des infections, des anémies ou encore des déchirures périneales. Le cas des avortements et de leur prise en charge a été discuté un peu plus haut et relevé par les infirmiers qui font face parfois à des avortements spontanés dans leur CSPPS.

Des kits ou des intrants ? : Dans la plupart des centres de santé de plusieurs districts visités, il semble que pour faciliter la gestion, ce soit le coût des kits d'accouchement qui soit apposé sur les reçus plutôt que le coût des intrants réellement utilisés. Cependant, le montant du kit eutocique est variable d'une formation sanitaire à l'autre et d'une période à l'autre (entre 900 F dans un CSPPS et 2.100 F dans un CHR). On ne sait pas vraiment comment les agents utilisent par la suite les éléments des kits facturés mais non utilisés. Les discours varient à ce sujet et pour comprendre le système il faudrait une immersion plus longue que la mission a pu réaliser. Quand aux intrants nécessaires en plus de ces kits, ils sont notés dans les fiches, et leur remboursement est réclamé dans le cadre de la subvention des SONU.

De l'usage dans les hôpitaux régionaux/nationaux : il semble que les conditions particulières des CHR et CHN⁷ fassent que la subvention ait été plus intégrée au sein du budget global que spécifiquement dédiée aux SONU. Un responsable régional précise « *quand l'argent rentre au CHR, c'est difficile de le sortir de là* ». En effet, ces hôpitaux doivent assurer leur autonomie financière vis-à-vis de l'État, et cette subvention a été perçue comme une manne importante pour leur fonctionnement. Il semble même qu'un hôpital ait utilisé le premier versement pour « *épouger une dette sociale* », nous a-t-on dit, autrement dit payer des sommes prévues pour des salariés.

De l'adaptation par les acteurs

Malgré tous les documents disponibles pour cadrer la politique et le fait que celle-ci se déroule dans un système administratif très pyramidal et respectueux des règles, nous avons relevé de nombreuses stratégies d'adaptation (*coping strategies*) des acteurs face à cette réforme. Ainsi, nous ne sommes pas loin, sans que cela soit péjoratif, d'un cas bien connu en sociologie des organisations, d'une anarchie organisée [22, 23]. Et la plupart des ces stratégies n'ont pas été mobilisées pour contrecarrer la politique mais pour faire en sorte qu'elle atteigne ses objectifs, malgré les nombreuses carences dans la préparation de la mise en oeuvre. Cela révèle donc aussi de l'appropriation de cette réforme par les acteurs, dont certains ont été qualifiés « *d'enfants des SONU* ». « *Chacun est allé mettre en oeuvre en fonction de ce qu'il a compris* », en reprenant les mots d'un DRS, voici comment nous pourrions résumer la manière dont la politique de subvention des SONU a été mise en oeuvre. Et au moment où la mission s'est déroulée, il subsiste encore de nombreux « trous noirs » dans l'application de la mesure, car « *même jusque là, cela persiste, c'est pas encore clair* », et c'est effectivement ce que nous avons constaté lors de nos

⁷ Nous avons rendez-vous au sein d'un CHN, mais après une heure d'attente en vain malgré le rendez-vous pris, nous avons été obligé de surseoir à cette visite.

visites de terrain. Certains responsables vont même jusqu'à dire que « *même le staff de la DSF ne comprend pas grand chose là dedans* ». Voici quelques exemples.

Centraliser la prise en charge financière du transport : dans le district de Ouargaye, lorsque la subvention des SONU a démarré, les familles devaient avancer le coût du carburant pour évacuer les femmes par l'ambulance du CMA. Elles devaient ensuite demander au gestionnaire du district de les rembourser. Mais les responsables se sont rendus compte que la recherche des fonds par les familles retardait le départ et que le gestionnaire n'était pas toujours disponible. Ils ont donc changé le système en demandant aux COGES d'avancer ces sommes, mais les problèmes de remboursement au district ont perduré. Enfin, ils ont trouvé une nouvelle solution. Lorsque l'ambulance du CMA est appelée pour se rendre dans un CSPS, le chauffeur doit récupérer des bons de carburant au district, faire le plein pour l'aller-retour, et ainsi se rendre sur place sans demander le financement par les femmes. La subvention des SONU pour le transport reste donc au niveau district.

Reprendre le système de recouvrement des coûts en l'absence d'intrants : nous avons déjà noté plus haut que plusieurs études avaient montré que lorsque les services gratuits sont donnés par l'intermédiaire d'intrants fournis par le niveau central, en cas de rupture de stocks, le système de paiement et de recouvrement des coûts se remet rapidement en place. Certaines personnes rencontrées lors de la mission, ont de nouveau aussi relevé cette pratique. Très récemment, grâce au prêt de la Banque mondiale, plus d'un million de doses d'ACT ont été distribués dans le pays, 700.000 autres devraient arriver très prochainement. Ces doses sont vendues à un prix subventionné de 100 F pour les enfants. Cependant, dans certains CSPS, le manque à gagner financier est important. Aussi, des infirmiers ne prescrivent plus les ACT sous cette forme mais demandent plutôt aux femmes d'acheter les ACT en sirop, pénalisant les ménages car le prix est de 800 F mais favorisant les COGES qui continuent ainsi de faire des bénéficiaires. Certains craignent donc que toutes ces doses d'ACT ne viennent très rapidement en péremption alors même que le Burkina vient de remporter le 8^{ème} round pour le paludisme au sein duquel d'autres doses seront achetées.

Des prix ou des coûts ? : « *le bénéfice n'est pas pour les structures mais pour les prestataires* » croit un pharmacien. Alors que le coût des accouchements a été estimé à 4.500 F lors de la formulation de la politique, tous les acteurs de terrain s'accordent pour dire que cela ne correspond pas du tout au coût réel. La démarche analytique du district de Ouargaye permet d'en savoir plus. Sur la base des données de 22 CSPS, l'ECD a calculé que le coût moyen des intrants utilisés lors des accouchements est de 1.604 F CFA [1.087-2.401]. Si l'on ajoute à cela le coût de l'acte à 750 F, voire celui de l'hospitalisation à 300 F, le coût moyen serait de 2.654 F CFA. Près de 2.000 F par accouchement sont donc disponibles, soit de l'ordre de 14 milliards pour la période d'avril 2006 à décembre 2015, si l'on considère que tous les accouchements sont eutociques.

Du passage au remboursement sur la base des dépenses réelles : au démarrage de la subvention des SONU, il semble que les modalités de transfert de fonds aux CSPS n'aient pas été clairement comprises et/ou transmises. Au départ, les FS ont toutes reçu les fonds sur la base des actes que l'on s'attendait qu'elles réalisent à partir du calcul de leur coût forfaitaire prévu dans la politique. Lorsque est arrivé le temps de rendre des comptes pour recevoir la suite du financement, la majeure partie des CSPS a justifié la dépense de la totalité du forfait des actes, soit, par exemple,

4.500 F pour les accouchements. Les responsables de ces FS s'attendaient donc à recevoir de nouveau cette somme. Or, certains MCD, puis la DSF, se sont rendus compte que le transfert des fonds sur une base *forfaitaire* était loin de correspondre aux dépenses *réelles*. Dans le cas des accouchements notamment, ces dépenses semblent être bien moindres. Encore une fois, cela montre un certain manque de préparation de la part de la DSF qui a réagi car « *au bout d'un certain temps on a manqué de ressources et donc on a essayé de comprendre* ». Aussi, a-t-il été demandé que le remboursement se fasse sur la base des dépenses réelles et non plus forfaitaires. Il fallait faire comprendre aux agents que, d'une part, « *c'est de l'argent glissant* », donc les reliquats doivent servir pour d'autres actes, et d'autre part, que « *c'est pas pour bouffer, c'est de l'argent amer* », précise un responsable du ministère. Mais la transmission du message et son application ont parfois nécessité beaucoup de temps, il semble même que certains districts appliquent encore les forfaits. Dans le district de Ouargaye, par exemple, l'ECD a souhaité faire les calculs des dépenses réelles elles mêmes, sur la base des registres d'accouchements de tous les CSPPS. C'est ainsi que le premier remboursement des actes, réalisés du 1^{er} avril 2007 au 30 avril 2008, soit les 13 premiers mois d'activités des SONU, n'a été effectué que le 8 novembre 2008. En attendant, tous les intrants pour les accouchements ont été pré-financés par les COGES qui s'inquiétaient au fur et à mesure que le temps passait sans voir le remboursement. Ils avaient semble-t-il raison de s'inquiéter, car sur la base des calculs de l'ECD, on constate que 17 des 22 COGES (77%) du district avaient épuisé les fonds mis à la disposition par la DSF auxquels s'était ajoutée la contribution des femmes (900 F). Deux autres COGES ne disposaient plus que de 365 F et 765 F. Trois autres CSPPS du district n'avaient toujours pas remis les fiches de reçus et n'ont donc pas reçu le remboursement lors de la réunion du 8 novembre. Cependant, si l'on prend en compte tous les CSPPS du district (n=25), à la date du 30 avril 2008, les COGES ont donc avancé la somme de 2,7 millions de F CFA, ce qui en moyenne ne correspond qu'à 4% du niveau de trésorerie des CSPPS du district.

Des conséquences du passage au réel : évidemment, cette nouvelle modalité de paiement n'arrange plus les agents et les COGES dont certains ont manifesté leur mécontentement. Cela est d'autant plus difficile à vivre que des attentes avaient été créées pour les agents « *si seulement on avait pas eu de sensations de goûter à cet argent* ». La DSF leur aurait pourtant dit que « *on applique, mais ce n'est pas fermé et on s'arrange au fur et à mesure* ». Dans le district de Ouargaye, par exemple, cela peut constituer une partie (une partie seulement) de l'explication à l'absence d'augmentation des accouchements dans ce district (voir plus bas les données). Ce changement de mode de remboursement a donc provoqué un retard dans le transfert d'argent avons-nous vu plus haut. Un autre cas de figure a été constaté. Dans un district urbain visité par la mission, les agents notent encore aujourd'hui, de manière systématique, dans les fiches de dépenses le prix du kit à 2100 F, sans prendre en compte la consommation réelle. Nous avons ainsi vu dans un des CSPPS des kits confectionnés par la gérante spécialement pour les accouchements. En guise de kit, ce sont les produits essentiels pour l'accouchement qui sont mis dans un sac en plastique noir et stockés dans un carton par terre. La standardisation du prix à 2.100 F semble avoir été un choix pour faciliter la comptabilité. Au lieu des dépenses réelles et en remplacement du forfait global à 4.500 F, c'est le prix forfaitaire du kit qui est appliqué. Cela étant dit, des personnes nous précisent que certains districts semblent encore fonctionner sur la base du remboursement au forfait de 4.500 F, soit parce que les MCD n'ont pas demandé de changement, soit parce que la DSF ne s'est pas rendue sur place encore.

Des accouchements dystociques dans les CSPS : au démarrage de la politique, il était prévu que les CSPS soient remboursés différemment selon qu'ils effectuent un accouchement eutocique ou dystocique (3.600 F vs 14.400 F), la part payée par les parturientes étant aussi différente (900 F vs 3.600F). Cependant, après quelques mois de fonctionnement, on a demandé aux CSPS du district de Ouargaye de ne plus demander le remboursement d'accouchements dystociques mais de toujours noter qu'il s'agit d'un accouchement eutocique. Et dans le cas d'épisiotomie, par exemple, les intrants utilisés en plus du kit eutocique s'ajoutent à la demande de remboursement aux SONU. Ainsi, même pour une épisiotomie, les femmes ne paient plus que 900 F et non pas 3.600 F et l'écart entre les dépenses réelles et la subvention des SONU est réduit. Les gagnants de ce changement sont donc les femmes et l'État, mais les COGES et les agents sont les perdants. Cependant, selon nos calculs, la subvention prévue dans le document initial pourrait suffire à rembourser les dépenses réelles des CSPS pour les épisiotomies. Partant de l'hypothèse du besoin de réaliser 20% d'épisiotomie⁸, du coût réel de cette dernière en CSPS à environ 7.000 F et de celui des accouchements eutociques à 2.500 F, les 24 milliards de 2006 à 2015 prévus à l'échelle des CSPS seraient suffisants.

900 F pour l'accouchement... mais pas avant : dans certaines maternités, les accoucheuses ont compris que le paiement du forfait de 900 F ne concernait les dépenses « *qu'à partir du moment où on pose le diagnostic du travail* », dit un responsable de maternité. Si ce dernier n'a pas commencé et s'il faut examiner la femme pour voir où elle en est, les dépenses lui sont réclamées : « *à partir du travail c'est 900 F donc si on a besoin de gants pour vérifier, elles doivent payer 100 F* ».

De l'articulation dans des systèmes existants : en 2005 et 2006, le Burkina s'est engagé dans une politique visant à changer le rôle des accoucheuses villageoises. Ainsi, ces dernières ont maintenant le rôle essentiel d'accompagner les femmes à la maternité et non plus d'accoucher les femmes dans leur maison. Certains CSPS ont organisé avec les COGES un système permettant d'octroyer une prime de 250 F à toutes les AV qui accompagnaient une femme accoucher à la maternité. Or, les COGES se plaignant de cette prise en charge sur leurs fonds propres, il pourrait être envisagé que cela soit fait sur la base de la subvention des SONU. Après cet exemple relativement favorable, nous avons constaté un exemple plus défavorable. Dans le cadre de la décentralisation, la mairie de Ouagadougou a pris la responsabilité de certaines maternités et de certaines de leurs dépenses de fonctionnement. À cette occasion, elle a instauré un système de paiement direct pour les accouchements réclamant de 1.000 à 3.000 F selon les CSPS aux parturientes. Ces sommes sont récoltées chaque mois par un fonctionnaire de la mairie. Ainsi, lorsque les femmes accouchent cette somme s'ajoutent aux 900 F. Plusieurs tentatives de négociation avec la mairie semblent avoir échouées.

La subvention des SONU comme incitatif à la réduction/suppression du paiement direct : lors de la dernière rencontre des DRS du Burkina, le MCD de Kaya a rendu compte de son expérience où l'ECD s'est organisée pour supprimer le paiement des 900 F pour les accouchements (voir graphique en annexe). Il semble que cela soit aussi le cas à Toma. Alors même que l'on pense que cette suppression n'est pas appréciée par les plus hauts responsables du pays, il semble que l'initiative ait été applaudie lors de cette conférence. Une personne présente nous dira que « *on*

⁸ Hypothèse proposée par un des experts de la question en Afrique de l'Ouest, Alexandre Dumont (communication personnelle)

encourage les autres districts à emboîter le pas ». La question de la suppression de la tarification des consultations infirmières a aussi été débattue lors de cette conférence. La DGS a commandité une étude, financée par le PADS, par ses services sur le sujet dont les résultats ont été présentés lors de cette conférence⁹. L'expérience de Kaya montre que l'ECD a été capable d'innover pour trouver une solution visant à réduire encore plus la barrière financière. Bien que l'ECD pense que les coûts réels des accouchements sont moindres que le montant de la subvention, les membres n'ont pas voulu prendre le risque de faire reposer leur suppression du paiement sur la seule subvention. Ils veulent se laisser une marge de manœuvre dans le cas où les coûts moyens augmenteraient (« *une marge qui nous permet de gérer* » dit le MCD). Aussi, ont-ils décidé de mobiliser plus de 4 millions des crédits délégués¹⁰ par l'État aux districts auxquels se sont ajoutés 2 millions de la part des COGES, ces derniers ayant accepté le principe. Le paiement des 900 F a donc été supprimé. Dans ce cas précis, la subvention des SONU a servi de déclencheur de l'innovation, car ces crédits délégués existent depuis des années dans les districts. La volonté de l'État a donc servi d'incitatif à la réflexion pour réduire la barrière financière. Dans le même ordre d'idées, plusieurs districts se sont appuyés sur les systèmes de partage des coûts préalables à la subvention des SONU et destinés aussi aux urgences obstétricales pour réduire la part réclamée aux femmes pour les césariennes. Ce montant varie entre 0 F et 6.000 F, les personnes ne vivant pas dans le district (dites hors-zone) doivent payer le prix officiel, soit 11.000 F.

Les critères de distribution des moustiquaires : de nombreuses moustiquaires ont été acheminées dans les CSPPS pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Cependant, face aux stocks limités, certains agents ont décidé de commencer la distribution selon leurs propres critères, mais tout en respectant les populations cibles définies. Dans un CSPPS par exemple, la distribution a été faite en premier aux enfants de moins de 9 mois car l'agent faisait face à des taux de vaccinations faibles, les enfants ne terminant que trop rarement leur calendrier vaccinal. La moustiquaire devient donc un incitatif, ce qui semble avoir été efficace, selon cet infirmier.

6.6. Leadership par une instance du gouvernement

Il n'existe pas de leadership spécifique pour les mesures de gratuité ou de subventions des soins au Burkina Faso. Les mesures ont été graduellement mises en œuvre dans le pays et elles relèvent, selon les services concernés, soit de la DGS, soit du SG, soit du PNLP, soit de la DSF, etc. La décision de rendre les soins préventifs gratuits en 2002 a, par exemple, été prise par le ministère sous la pression de la Banque Mondiale qui en faisait une conditionnalité PPTE. Dans le cadre des SONU, le leadership est plus clair, il est entre les mains de la DSF bien que cela puisse poser quelques problèmes de coordination entre les services du ministère (notamment pour l'évaluation, expliquerons-nous plus bas) et que les discussions au départ aient été largement entreprise avec la Banque Mondiale.

⁹ Mais les décisions n'ont pas été prises, car on ne sait pas comment la question des ristournes des agents sera réglée et certains croient que cette tarification prend en charge une partie importante des frais de fonctionnement. Or, selon nos calculs, la tarification des actes (tous les actes par seulement la CCI) dans 11 CSPPS du district de Ouargaye ne permet de prendre en charge que 10% en moyenne des dépenses de fonctionnement, sans tenir compte évidemment des salaires et autres charges financées par l'État.

¹⁰ Cette ligne budgétaire ne permettant pas aux districts de verser de l'argent en liquide aux CSPPS, des kits d'accouchements (de 1.200 F) sont achetés et mis à la disposition des maternités.

Au-delà du ministère de la Santé, il se pose également le problème de la coordination avec les collectivités locales, notamment dans les zones urbaines (nous parlerons plus bas de cela concernant les districts de Ouagadougou). En effet, malgré la décision prise en conseil des Ministres de subventionner les accouchements au plan national, dans les CSPS de la capitale, d'autres tarifs sont appliqués par les maires avec un circuit parallèle de recouvrement des coûts.

6.7. Stratégie pour développer les compétences et former

Au-delà des activités d'information sur la stratégie des SONU, ce sont surtout des réunions d'explication de l'usage des outils de suivi qui ont été réalisées pour les acteurs concernés par ce remplissage des outils. Il en sera de même pour l'utilisation du logiciel de suivi que devront maîtriser les responsables des informations sanitaires dans les districts. Cela étant dit, le renforcement des capacités s'est limité exclusivement à ces aspects administratifs. Aucune activité n'a été prévue dans la stratégie nationale pour former les agents de santé aux actes médicaux que la subvention prend en charge. La justification est certainement à trouver dans le fait que la plupart des personnes rencontrées au niveau central avancent que cette subvention est « *venue trouver un système déjà en place* », que les agents savent faire des accouchements et que d'autres projets d'envergure nationale disposent déjà de telles activités de renforcement des compétences, via le PADS et le PNDS notamment. Dans le manuel d'exécution de la stratégie un tableau précise, pour presque tous les actes pris en charge, les « *protocoles cliniques recommandés* » (p.32), mais les informations sont très résumées, le manuel n'est pas disponible pour les agents et n'a pas fait l'objet d'explications systématiques.

6.8. La présence d'une cellule technique

Une cellule de petite taille : Lors de la planification de la politique de subvention des SONU, les responsables de la DSF auraient demandé que le pilotage financier soit dévolu à la DAF du ministère de la Santé, la DSF restant sur ses prérogatives techniques. Mais ce n'est pas l'option qui a été retenue. Aussi, trois gestionnaires ont été affectés à la DSF pour la gestion financière de la politique. Ainsi, c'est une petite cellule de quatre personnes qui aujourd'hui pilote la subvention de 3 milliards de F CFA en moyenne par an, une cinquième (attachée de santé) venant de se joindre au groupe. Cette cellule est donc composée d'un jeune médecin, qui a quelques années d'expériences au niveau district, d'une attachée de santé et de trois gestionnaires. Les deux premières personnes s'occupent des aspects techniques et les trois autres des questions financières. L'ensemble de ces fonctionnaires restent intégrés au sein d'un des services de la DSF et donc sont supervisés par le chef de ce service. Il faut ici ajouter que ce jeune médecin a pris le train en route, car les personnes qui étaient responsables de la formulation de la politique au sein de la DSF ne sont plus présentes dans la direction. La directrice de la DSF ainsi que le responsable technique de l'époque sont tous les deux hors du pays maintenant. Il n'existe pas de comité de suivi ou de pilotage au-delà de cette cellule technique interne à la DSF. La politique de subvention des SONU est cependant évoquée lors des réunions statutaires des services de la DSF.

6.9. Suivi et évaluation

Des outils de suivi : comme bien souvent, l'arrivée d'un nouveau programme impose un fardeau administratif supplémentaire pour les agents de terrain qui se voient attribués de nouvelles fiches à remplir. C'est aussi le cas de la subvention des SONU bien que les concepteurs semblent avoir eu des idées contradictoires. Ils affirment que :

« Dans le cadre de la gestion de la subvention des accouchements et des SONU, il ne sera pas institué d'outils spécifiques de gestion. Les différents outils de gestion habituels de ressources et des malades serviront à collecter les données/informations de base. Par contre un format spécial de gestion de la subvention sera élaboré par niveau (CSPS/CMA, ECD, DRS, CHR/CHU, DSF/DAF) pour rendre compte de la mise en œuvre chaque semestre. (p.16)» [16]

Au démarrage de la politique de subvention des SONU, de nombreux « *outils n'existaient pratiquement pas* » pour le suivi et la reddition de compte que la DSF souhaite mettre en place. « *les instruments, c'est terrible* » nous dit un responsable du ministère. En attendant l'arrivée des outils nécessaires, nombre de responsables ont dû être ingénieux et bricoler ce dont ils avaient besoin, « *les outils de suivi, c'est nous qui les avons créés au niveau de l'ECD parce que l'on ne les a pas vu quelque part* » dit un responsable de formation sanitaire [15]. « *Il était prévu un logiciel pour gérer tout ça qui n'est jamais venu* » dit un responsable interrogé en mai 2007. Un premier logiciel a été testé sans succès semble-t-il, la seconde version vient tout juste d'être fournie aux districts sans encore avoir organisé de formation à son usage. De plus, si l'on peut comprendre le besoin de rendre des comptes et de contrôler l'utilisation des ressources, le fardeau apporté par cet outil n'a pas fait l'objet d'ajout de ressources humaines pour saisir les données que ce soit sur les papiers ou dans l'ordinateur. De nombreuses personnes se plaignent, car cela fait « *beaucoup de papiers à remplir à tous les niveaux* », dit un membre d'une équipe cadre. Cependant, au niveau des CSPS, des visites réalisées après 11h00 ne montrent pas que les agents soient vraiment débordés par les consultations au point de les empêcher d'avoir le temps de remplir les fiches. Mais ce sont assurément des tâches supplémentaires. Aussi, la plupart des districts n'ont-ils toujours pas commencé la saisie des données alors que la subvention a commencé depuis octobre 2006. Ajoutons, que malgré le fait que le logiciel vienne juste d'être mis en place et que les fiches à remplir manuellement sont aussi arrivées très en retard, il a été demandé à tous les agents de reprendre dans ces fiches les activités depuis le début. C'était même une condition imposée pour obtenir la prochaine tranche de remboursements. Ainsi, les agents ont-ils passé des heures à remplir les fiches de reçus pour que les districts puissent ensuite les saisir dans le logiciel. Ce retour en arrière a évidemment été chaotique, mal vécu par les agents (mais, comme ce sont des directives, ils « *n'ont pas le choix* ») et il a donné lieu à de nombreuses approximations a-t-on pu constater lors de nos visites. Qui plus est, ces fameuses fiches envoyées dans les CSPS très en retard n'ont pas été produites en quantité suffisante. Une fois les anciennes consultations remplies, les agents se sont trouvés face à une rupture de stocks. Les agents du district de Ouargaye nous ont également appris que ce devrait être aux COGES que reviendrait maintenant le financement de la production de ces outils, imposant ainsi un nouveau fardeau financier qui ne semble pas du goût de tous.

Des processus évaluatifs : Il n'a pas été réalisé d'enquête de base (*baseline*) afin de disposer de données avant le démarrage de la subvention des SONU et ainsi pouvoir mieux évaluer les effets au moyen d'un devis pré-post. L'organisation d'une telle enquête avait été suggérée par l'expert de la Banque Mondiale, mais cela n'a pas été effectué. Il n'existe pas de plan

d'évaluation de la stratégie, mais des indicateurs de suivi (voir en annexe) ont été définis. Une évaluation après six mois de mise en œuvre a été réalisée par un bureau d'étude du Burkina Faso [15]. Selon le plan de mise en œuvre, il est prévu la réalisation de deux autres évaluations en décembre 2008 et décembre 2010. Le montant total prévu dans le budget est de 20 millions pour les trois évaluations, soit 0,02 % de l'ensemble du plan de mise en œuvre et 0,07 % du montant de la subvention. Une étude serait en cours de planification pour les prochaines semaines afin d'estimer les coûts réels des actes puisqu'il semble que certaines formations sanitaires, notamment les hôpitaux, se plaignent que les subventions ne couvrent pas leurs dépenses réelles. « *les hôpitaux ne se reconnaissent pas dans la liste* », dit un haut responsable central au ministère de la Santé, qui poursuit « *ils s'étonnent d'une liste qu'ils ont eux-mêmes constituée* » pour rappeler que les chefs de services hospitaliers avaient été impliqués au début mais qu'ils reviennent maintenant sur leur décision et ne semblent pas respecter les « normes » d'intrants pour les césariennes par exemple.

Des carences de coordination au sein du ministère : au sein du ministère de la santé, c'est normalement la DEP qui est la direction chargée du suivi et de l'évaluation des activités de la santé. Dans le cadre de la subvention des SONU, la DEP ne semble cependant pas impliquée. Le plan de mise en œuvre indique que la réalisation des évaluations annuelles relève de la responsabilité de la DSF, la DEP n'agissant que pour « *diffuser les résultats* ». Il semble donc qu'il y ait eu quelques difficultés entre les deux services « *il y a quelque chose qui n'a pas bien marché entre les deux structures, je vois que c'est une grande faiblesse* », dit un cadre du ministère de la santé.

Des indicateurs de suivi du plan : pour suivre la mise en œuvre du plan, les concepteurs ont défini une série de 20 indicateurs dont l'analyse relève de services différents (annexe). La collecte des données pour ces indicateurs est prévue semestriellement ou annuellement. Des indicateurs d'impact sur la mortalité maternelle sont prévus, et les données doivent être collectées pour les cinq ans. Malgré la définition claire de l'objectif d'amélioration de l'accessibilité financière et de réduction du fardeau économique pour les ménages, aucun indicateur à cet égard n'a été défini. Enfin, la situation de base concernant ces indicateurs n'est pas disponible, il n'a pas été prévu de collecter des données *avant* la mise en œuvre de la stratégie.

6.10. Des interventions complémentaires

Des interventions d'ONG financées par ECHO : Plusieurs ONG internationales se sont lancées ces derniers mois, sous l'impulsion et le financement de l'union européenne (ECHO), dans des interventions complémentaires aux politiques de subvention/abolition de l'État burkinabé (voir tableau en annexe).

- L'ONG suisse Terre des Hommes a démarré depuis octobre 2008 l'exemption du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans dans les districts de Séguénaga et Tougan. La prise en charge gratuite concerne uniquement les maladies du programme PCIME, ce qui représente cependant la grande majorité des pathologies. En plus, l'ONG a décidé de prendre en charge les 20% laissés à la charge des femmes dans le cadre des SONU. Quinze jours après le démarrage de ce projet, l'ONG a constaté un accroissement exponentiel (sans disposer des données encore) des consultations enfants. Il semble que le sentiment communautaire est d'avoir perçu cette exemption comme étant « *une opération promotionnelle* », dit le responsable du contrôle de cette activité, comme un projet à court

terme dont il faut profiter¹¹. Cependant, les calculs dans un district montre que le coût moyen d'une ordonnance (n=6.181) dans un des districts est de moins de 1.300 F CFA [957 F ; 2237 F], ce qui ne témoigne pas de prescriptions abusives. Un poste de « contrôleur d'exemptions » a été créé afin de suivre les activités dans les CSPS.

- L'ONG HELP intervient dans les districts de Dori et de Sebba, la région du Sahel. Depuis septembre 2008, l'ONG prend en charge la part des 20% réclamée aux femmes pour les accouchements et les césariennes. De plus, elle a décidé de supprimer le paiement pour tous les soins des enfants de moins de cinq ans en visant un taux de consultation de 70% à la fin du projet. Pour le premier mois d'activités, le coût moyen des ordonnances pour les enfants est de 1.387 F CFA (1.035 F à Sebba et 1.378 F à Dori), ce qui montre que les agents ne semblent pas avoir abusé dans leur prescriptions. Les CSPS ont démarré leurs activités le 1^{er} septembre. Les COGES ont pré-financé le démarrage et ils ont été remboursés dans un délais moyen de deux semaines, ce délai sera d'un mois dans l'avenir. L'ONG a mis en place un processus de suivi et d'évaluation de son intervention, notamment par l'intermédiaire d'une enquête panel auprès de 2.500 ménages *avant* le démarrage du projet. La seconde enquête est prévue au cours de l'été 2009. Une étude des processus ainsi qu'une analyse au plan de l'utilisation des services et des comptes de résultats des DMEG sont également prévues.
- La Croix-Rouge burkinabé soutenue par la Croix-Rouge Belge prend en charge gratuitement les soins pour les enfants malnutris dans trois CSPS de neuf provinces.
- L'ONG ACF-France prend en charge dans le district de Diapaga la gratuité des soins pour les enfant 0-59 mois, les femmes enceintes et allaitantes malnutries.

MSF France (non financée par ECHO) : En plus de ses programmes de prise en charge gratuite de la malnutrition, l'ONG prend en charge gratuitement les enfants de moins de 15 ans victimes du paludisme dans le district de Titao uniquement lors du « pic » nous dit-on, soit *a priori* de septembre à décembre. Le choix de cette période limitée est justifié par l'existence d'une « épidémie » uniquement à ce moment de l'année. La date de fin reste cependant flexible en fonction de la situation épidémique. Contrairement aux autres ONG, MSF n'utilise pas les médicaments de la CAMEG, car la plupart de ceux concernant le paludisme ne seraient pas « homologués », des médicaments sont donc importés à cet effet. Pour éviter que ce projet agisse négativement sur les finances des COGES, le manque à gagner sur la vente des médicaments et des actes leur est remboursé par MSF.

Partage d'expériences : Ces ONG ont décidé fin octobre d'organiser une réunion mensuelle sur le thème de l'exemption du paiement avec le but suivant : « *Partage d'expériences d'exemption de paiement en faveur de groupes vulnérables pour un plaidoyer commun visant l'amélioration de l'accessibilité (financière) aux soins de santé auprès des décideurs et des bailleurs de fonds* » (compte rendu de la réunion). Lors de cette réunion préparatoire, les ONG ont décidé d'organiser une série de visites de leur projet afin de partager leur expérience. De plus, elles ont décidé de ne pas limiter ces discussions à ces seules ONG financées par ECHO mais bien à intégrer les acteurs du ministère de la Santé. Aussi, ont-elles envoyé récemment un message pour préparer une visite du premier projet fin novembre 2008 en demandant d'inviter à cette visite les DRS et/ou responsables des districts afin « *de favoriser leur implication* ».

¹¹ C'est également ce que nous avons constaté lors d'un projet de même nature au Niger en 2007 [24].

7. EFFETS

Tel que nous l'avons précisé au début de ce rapport, il n'est évidemment pas possible dans le cadre de cette courte mission de porter un jugement sur les effets de la subvention des SONU ou de la suppression du paiement pour certains services de santé. De plus, l'attribution causale de la subvention du paiement sans devis évaluatif rigoureux, et prévu avant la mise en œuvre des décisions, rend un tel exercice délicat. Nous nous limiterons donc à rendre compte de la perception des effets par les acteurs et de l'évolution de l'utilisation des services dans quelques districts pour lesquels nous avons pu obtenir des données. L'utilisation des services doit donc être comprise ici comme un effet *proxy* de la politique.

7.1. De la perception des effets par les acteurs

Les agents de santé et les membres du ministère de la Santé en général apprécient selon une grande unanimité la politique de subvention des SONU. Si la mise en œuvre et l'application de la mesure nationale ont posé et posent encore de nombreux problèmes, son appropriation par les agents est grande. Un responsable d'une maternité qui a pris service au moment où la subvention existait déjà a même précisé qu'on les qualifiait « *d'enfants des SONU* ». Lorsque les CSPP de Ouargaye appellent le district pour que l'ambulance puisse venir chercher une femme ayant besoin d'être évacuée, les agents l'appelle « *une femme SONU* ».

Plusieurs travaux d'évaluation ou de recherche¹² en cours permettent de montrer que les femmes et leurs ménages apprécient grandement la subvention des SONU. Selon ces femmes, cela permet d'anticiper la dépense puisque le coût est connu, de réduire les dépenses par rapport à ce qui se passait avant et de prendre le temps de chercher l'argent puisque maintenant le paiement se fait à la sortie de la maternité, pas au début. Une bénéficiaire de la subvention des SONU résume ce point de vue : « *avant, tu peux payer beaucoup comme tu peux payer peu, parfois 2000 F, parfois moins parfois plus, on ne sait pas avant de venir, il faut prier Dieu pour que ça se passe bien sinon c'est trop cher. Mais maintenant c'est 900 F, pas plus* ». Une autre femme rencontrée dans un autre CSPP confirme « *une très grande différence, au moins maintenant tu peux mettre déjà de côté tes 900 F quand l'accouchement approche, et, même si tu n'as pas de l'argent, ta famille peut courir aller chercher de l'argent avant la fin des soins* ».

7.2. Des effets sur les accouchements assistés

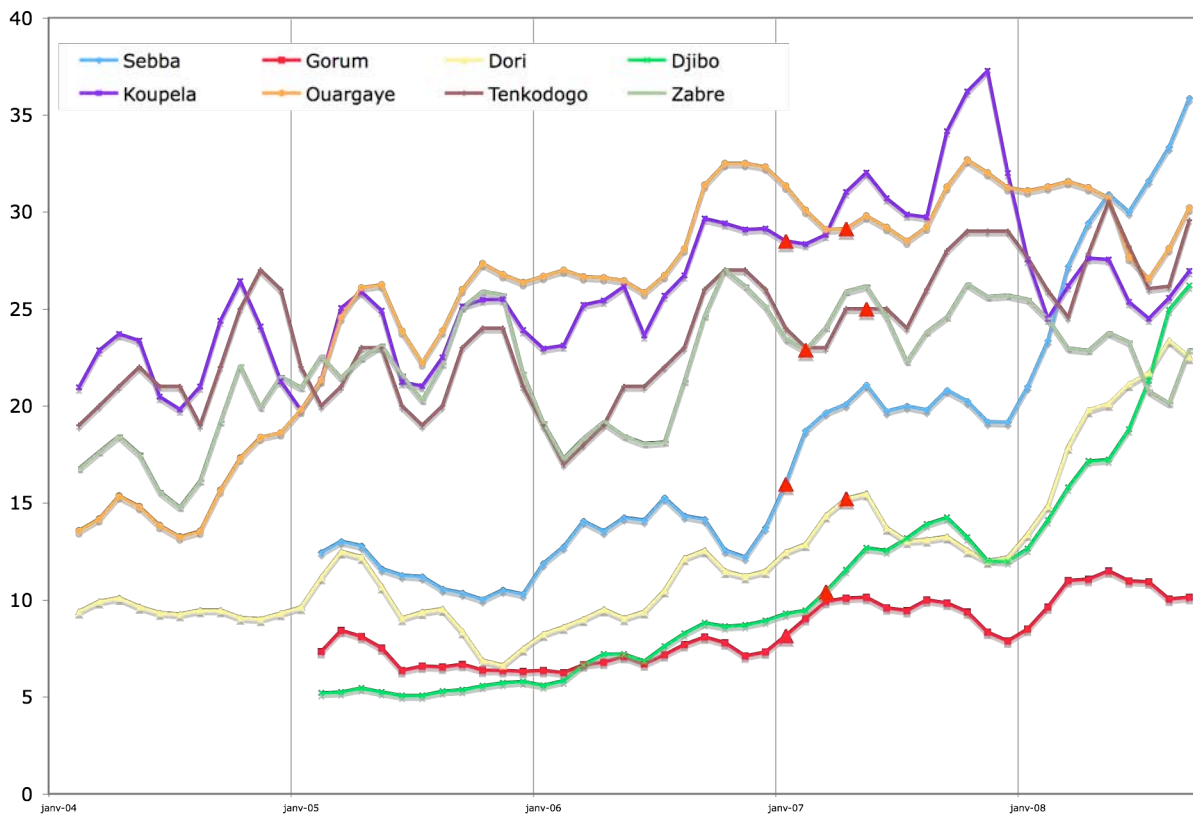
L'utilisation des services sert de *proxy* à l'effet de la subvention des SONU. En l'absence de devis plus rigoureux, nous utilisons des séries temporelles pour comprendre l'évolution de

¹² Une étudiante du Master en Santé & Population de l'université de Ouagadougou (supervisée par V.Ridde) et une étudiante du Master en développement de l'IUED de Genève (supervisée par JP. Jacob) font leur mémoire sur ce thème. Leur rencontre nous ont permis de disposer de ces informations concernant les bénéficiaires. Une troisième étudiante du doctorat en médecine de l'université de Ouagadougou effectue sa thèse sur le sujet (supervisée par L. Ouédraogo).

l'utilisation des services et notamment l'évolution du nombre d'accouchements effectués dans les maternités des CSPS. Les données sont exclusivement tirées du système d'information sanitaire de routine du ministère de la santé. Pour chacun des districts pour lesquels nous avons pu obtenir des données, la moyenne mobile d'ordre trois¹³ du nombre d'accouchements par CSPS a été calculée en reculant aussi longtemps que possible dans le temps.

Le graphique suivant concerne huit districts de deux régions différentes. Les quatre districts du haut de la figure au début de la période sont situés dans la région de Tenkogodo, au Sud-Est du pays. Le nombre moyen mensuel d'accouchements assistés est environ deux fois plus important, au début de la période, que pour les quatre autres districts en bas de la figure, districts de la région du Sahel, au Nord-Est du pays.

Figure 1 : Évolution du nombre moyen d'accouchements par CSPS pour huit districts

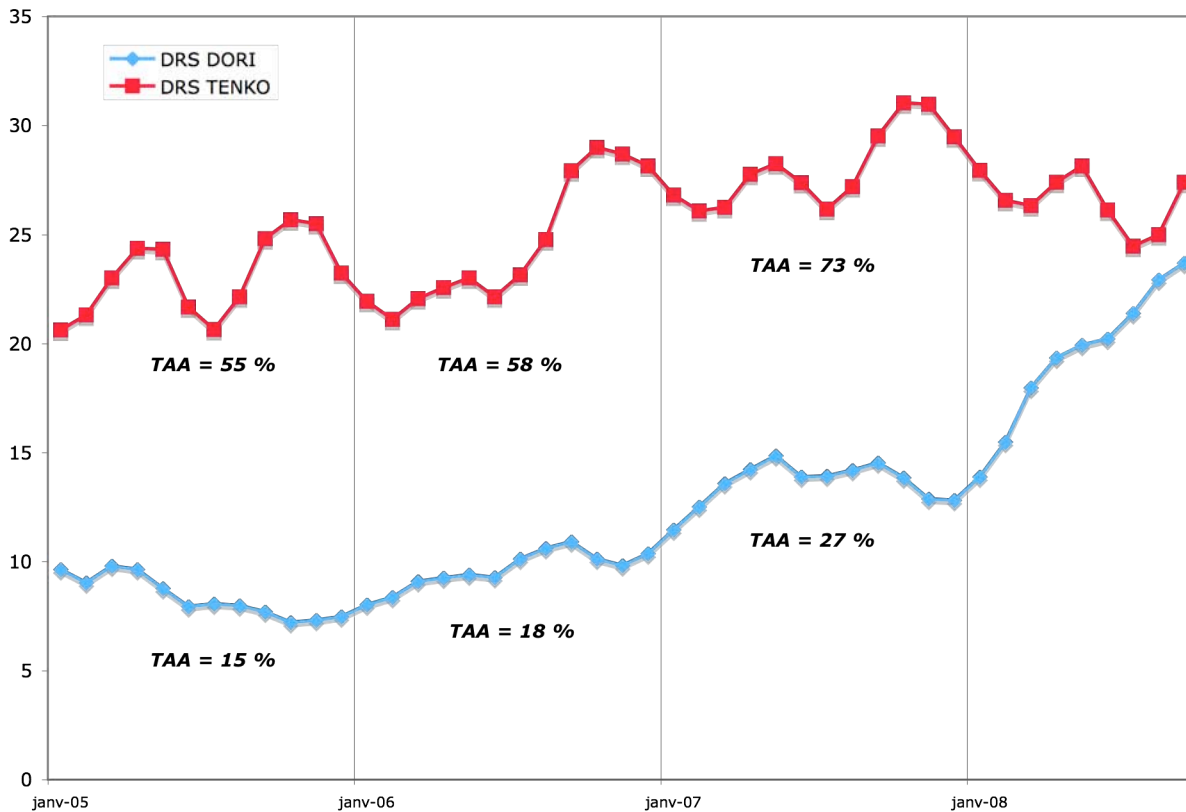


La subvention des accouchements a démarré au premier semestre 2007 à des dates différentes (triangle rouge) selon les districts. On constate que la tendance à la hausse est légère et constante dans la région de Tenkodogo, la subvention de l'accouchement n'ayant provoqué aucun changement à cette tendance. En revanche, dans la région du Sahel, trois des quatre districts voient le nombre moyen mensuel d'accouchements augmenter très fortement à partir de janvier 2008, et rattraper, voire dépasser la situation de la région de Tenkodogo. Le changement est exponentiel mais tardif par rapport au démarrage de la subvention. En revanche, rien ne se passe dans le district de Gorum, l'utilisation a toujours été faible et le reste après la subvention des

¹³ Une moyenne mobile permet de "lisser" une série de valeurs exprimées en fonction du temps. Elle permet d'éliminer les fluctuations les moins significatives.

SONU. Le graphique suivant montre que la situation des deux régions sanitaires, considérant le nombre moyen mensuel d'accouchements, devient semblable à la fin de 2008.

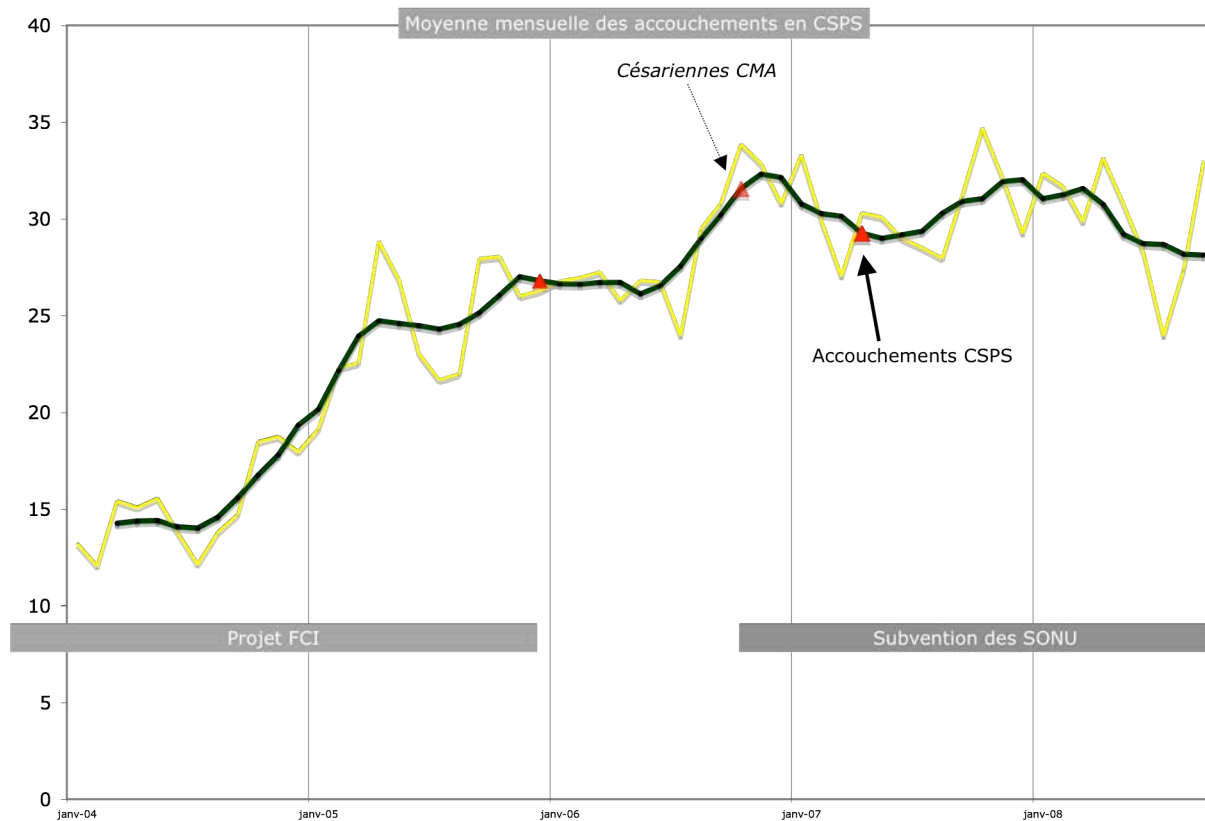
Figure 2 : Comparaison de l'évaluation du nombre moyen mensuel d'accouchements par CSPS pour les régions de Dori et Tenkodogo



L'analyse de ces données permet de soulever plusieurs hypothèses d'explications à ces évolutions différentes. D'abord, nous pouvons émettre l'hypothèse que la subvention des accouchements à 80% de leurs coûts supposés a eu un effet important uniquement dans les districts où le nombre et les taux d'accouchements assistés (dans la figure : TAA) étaient très faibles (voir tableau en annexe). À l'inverse, dans la région et les districts où les taux d'utilisation étaient élevés (Tenkodogo) la subvention n'a pas été un incitatif suffisamment fort pour faire venir les femmes qui ne venaient pas avant. Toutes les femmes qui ne pouvaient payer les frais d'accouchements *avant* la subvention (entre 1.500 et 2.500 F environ) ne peuvent pas plus payer les 900 F réclamés *après* comme participation à la politique de subvention des SONU. Ainsi, la subvention n'a-t-elle eu aucun effet d'augmentation de l'utilisation des services dans ces régions.

En revanche, il est aussi possible d'émettre une autre hypothèse précisant que la subvention des SONU a permis de maintenir le niveau atteint des accouchements assistés. Pour illustrer ce propos, prenons le cas du district de Ouargaye. Ce district a bénéficié d'un important projet (FCI) de 2001 à 2005 qui, contrairement à la subvention qui agit sur la demande, s'est concentré sur l'amélioration de l'offre (formations, réfections de bâtiments, dotations d'intrants, mobilisation communautaire, etc.) [25]. L'analyse du graphique suivant est particulièrement intéressante.

Figure 3 : Évolution du nombre moyen mensuel d'accouchements par CSPS dans le district de Ouargaye



On constate en effet que l'amélioration de l'offre a contribué à la hausse importante de l'utilisation des services, une hausse dont la tendance est finalement aussi forte que celle des districts de la région du Sahel qui répondaient à une politique centrée sur la demande. Une fois que le projet a stoppé ses activités, l'utilisation a poursuivi sa hausse, les effets ont perduré quelques temps mais paraissent s'essouffler au quatrième trimestre 2006. L'arrivée de la subvention des SONU agissant sur la demande pourrait avoir permis le maintien de ce haut niveau d'accouchements assistés. Autrement dit, nous pourrions émettre l'hypothèse que *sans* la subvention des SONU les effets du projet n'auraient pas pu se maintenir dans le temps. Cette hypothèse a été confirmée par les membres de l'équipe cadre du district de Ouargaye lors d'une rencontre que nous avons organisée à ce sujet.

Au-delà des huit districts de ces deux régions, nous avons constaté que la situation est comparable dans les districts du secteur 30 (un des quatre districts de la capitale Ouagadougou) ou dans celui de Ziniaré, aucune évolution n'est constatée, les tendances d'*avant* la subvention sont les mêmes *après* (voir graphiques en annexe).

Mais évidemment, ce n'est pas si simple que cela, et on peut aussi constater une certaine hétérogénéité des situations. Le district de Gorum ne réagit absolument pas comme les trois

autres districts de la région du Sahel. En interrogeant les acteurs concernés, plusieurs pistes d'explications ont été soulevées. La première piste concerne la difficulté liée à l'accessibilité géographique, mais elle n'est pas étayée par les données fournies par la DEP (tableau suivant).

Tableau 4 : Accès géographique dans les quatre districts de la région de Dori

	% pop. > 10 km	ration hab. par CSPS
Djibo	36%	12 950
Dori	11%	15 700
Gorum-gorum	38%	12 500
Sebba	52%	15 000

Source : annuaire statistique DEP 2007

Aussi, deux explications semblent plausibles pour expliquer cette différence particulière à Gorum-Gorum, tout en devant nécessairement être approfondies par des études ultérieures. Premièrement, il semble que le personnel de santé et l'équipe de district aient posé de nombreux problèmes depuis longtemps. L'ECD n'était absolument pas dynamique et les agents de santé pas plus, « *on avait des anciennes équipes, c'était pas ça* », dit une personne bien avertie. Deuxièmement, les populations locales, formées particulièrement de Tamasek et de Bela, n'ont jamais souhaité accoucher dans les centres de santé. Le fait de réduire le coût ne serait pas suffisamment « fort » pour changer des habitudes. Selon le recensement de 1996, les Tamasek/Bela¹⁴ représentent 50% de la population du district de Gorum-Gorum, contre seulement 2%, 4% et 5% dans les trois autres districts de la région. Ces hypothèses méritent évidemment une analyse en profondeur, que notre mission ne pouvait réaliser, afin de ne pas tomber dans le piège de l'explication culturaliste.

Enfin, une autre situation particulière est celle du district de Kaya. Il est intéressant en effet d'étudier ce district car c'est le seul, à notre connaissance, à avoir aboli totalement le paiement de l'accouchement sans que cela soit pris en charge par une ONG, tel que cela est le cas à Dori et Sebba par exemple. Cependant, la suppression du paiement en janvier 2007 ne semble pas avoir eu un effet supplémentaire à l'accroissement du nombre d'accouchements que l'on constate depuis le début de l'année 2006 (voir graphique en annexe). Rendre l'accouchement gratuit au point de service n'a donc pas été suffisant, d'autres facteurs doivent expliquer cette croissance constante, ce qui reste à explorer.

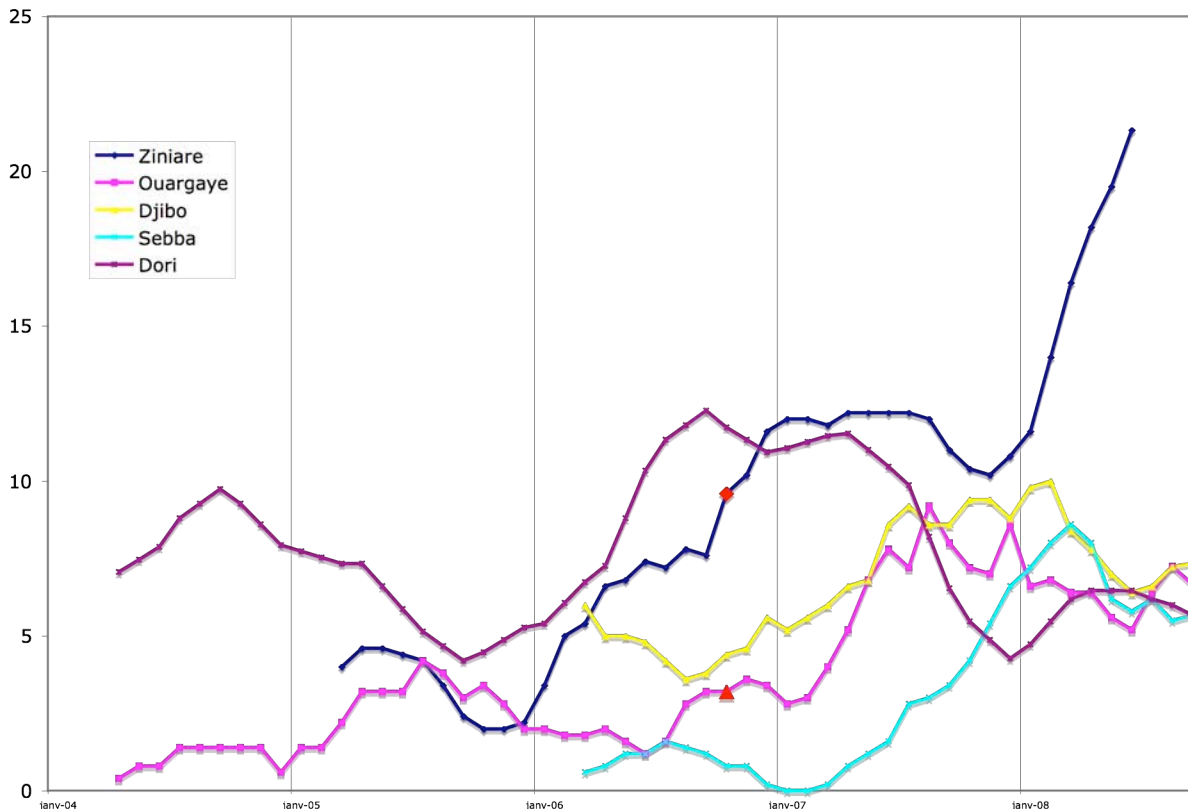
7.3. Des effets sur les césariennes dans les CMA

Si l'on a organisé cette politique de subvention s'est notamment pour faire en sorte de participer à la réduction de la mortalité maternelle. L'un des moyens pour cela est d'accroître le nombre d'accouchements dans les maternités pour mieux repérer les femmes (objectif instrumental) et ensuite référer celles pour lesquelles une intervention obstétricale sauvera leur vie. Malheureusement, les districts ne disposent pas de données de routine pour vérifier si le nombre de références depuis les CSPS a augmenté. Aussi, nous allons centrer notre analyse sur la prise en charge des cas de césariennes.

¹⁴ Regroupement réalisé par l'INSD

Pour le cas des césariennes, nous disposons de données pour cinq districts et pour les césariennes réalisées dans les CMA (hôpitaux de district). Les districts ont démarré la subvention des césariennes en octobre 2006.

Figure 4 : Évolution du nombre moyen mensuel de césariennes dans cinq districts



Le nombre de césariennes réalisées reste à des niveaux relativement bas sauf à Ziniaré où le nombre commence à devenir très important. Les districts ont des situations fort différentes au regard de la subvention des SONU. Si, *après* la subvention, la tendance a fondamentalement changé à Ouargaye, Sebba et Djibo, à Ziniaré, la hausse avait commencé un an avant et s'est arrêtée quelques mois après. À Dori la situation est différente puisque depuis la subvention le nombre de césarienne est en réduction importante et constante. Mais le cas des césariennes est encore plus complexe que celui des accouchements pour être analysé uniquement avec ces nombres. En effet, nous savons combien les activités des blocs chirurgicaux sont dépendantes des ressources humaines et financières. Même si la césarienne était gratuite, si le médecin du district n'est pas là, aucun acte chirurgical ne peut avoir lieu. Par exemple à Ouargaye (courbe violette), le groupe électrogène a fonctionné avec beaucoup de difficultés d'octobre 2005 à mai 2006, expliquant en partie la baisse des césariennes au cours de cette période. Puis à partir d'octobre 2006, concomitamment avec le démarrage de la subvention des SONU, un second médecin a été affecté dans le district, permettant ainsi de rendre plus fonctionnel le bloc opératoire. Il est donc difficile d'accorder à la subvention tout le crédit de la hausse du nombre de césariennes constatée au début 2007, hausse qui s'estompe du reste à partir de mi-2007 pour voir stagner le nombre

ensuite. Quant à Ziniaré, il faudrait essayer de comprendre pourquoi cette hausse exponentielle de césariennes s'est opérée à partir de janvier 2008.

8. CONCLUSION

La présente étude, malgré ses limites liées au temps, aux données et aux ressources disponibles, est riche d'enseignements. Le gouvernement du Burkina Faso s'est doté d'une politique nationale ambitieuse en faveur de l'accès aux soins obstétricaux dans la perspective d'une réduction de la mortalité maternelle. Il s'agit assurément d'une décision politique très forte et remarquable pour la région ouest-africaine. Le fait de réduire le prix des césariennes, des accouchements et de ne plus demander aux femmes de payer au moment où elles doivent être transportées, en cas de besoin, vers un hôpital de référence est certainement une des stratégies à mettre en œuvre. Cette politique dispose donc de très nombreuses forces : un leadership national, un budget endogène approuvé par le Parlement, une appropriation évidente de la part des agents de santé, une perception positive de la part des ménages burkinabè. Face à cette volonté politique importante, on reste surpris sur le peu d'engouements et d'appuis internationaux dont ont bénéficié les protagonistes nationaux. Alors que les partenaires techniques et financiers souhaitent aider les pays africains à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, rares ont été les pays du Nord à soutenir cette politique juste et pertinente. Les plans de mise en œuvre et de communication n'ont pas trouvé de financements et les expertises techniques nécessaires à certains moments cruciaux ne semblent pas toujours avoir été présentes. Cet engagement national en faveur de l'accès aux SONU mérite assurément un appui international plus sérieux.

L'une des grandes constatations également mises au jour par cette étude est la capacité des acteurs à s'adapter aux décisions qui sont parfois floues mais sans forcément les contrecarrer. Autrement dit, malgré un système administratif relativement strict, il demeure des marges de manœuvre que les agents de santé en particulier ont su exploiter, la plupart du temps (mais pas toujours) au profit de la mise en place de la stratégie. Face aux quelques imperfections, ils auraient pu la bloquer, voire la saboter. Mais tel n'a pas été le cas. Tant bien que mal, tout le monde s'est organisé, en fonction de ses intérêts et selon ses moyens, pour s'assurer que cette juste politique puisse, malgré ses quelques imperfections, voir le jour, s'organiser et améliorer le sort des femmes du Burkina. On peut également s'interroger sur les gagnants réels de la politique. L'absence de suppression du paiement et le fait que les agents aient tout intérêt à réaliser plus d'actes pourrait laisser croire que l'augmentation du nombre d'accouchements dans certains districts résulte d'un effet sur l'offre et non sur la demande.

Cela étant dit, il reste encore un certain nombre d'éléments à améliorer et préciser pour que cette politique soit des plus efficaces. Nous souhaitons maintenant faire quelques suggestions à ce propos, suggestions qu'il serait certainement intéressant de discuter avec les autorités nationales.

1. Mobiliser les partenaires au développement pour rendre accessibles en langue française les données probantes disponibles encore uniquement en anglais concernant les politiques de suppression/subvention du paiement en Afrique et les systèmes de gestion fondés sur le paiement aux extrants (*output-based payment*).
2. Renforcer la cellule technique de la DSF qui suit la stratégie de subvention des SONU
 - Les partenaires techniques et financiers ainsi que le ministère de la santé doivent absolument donner plus de moyens humains et financiers à la cellule

technique pour suivre la mise en œuvre, organiser le système de monitoring et d'évaluations de la stratégie des SONU.

3. Rembourser les accouchements dans les CSPS sur la base d'un montant forfaitaire de 3.000 F CFA (estimation haute) en maintenant les ristournes de 20% pour les actes sur les prix des actes.
 - Il s'agit donc de prendre en compte le coût réel en intrant et ainsi d'économiser sur le montant budgétaire voté par l'État (donc ne pas demander une réduction)
4. Supprimer totalement le forfait (20%) demandé aux femmes.
 - Le montant remboursé sur la base des coûts a été sur-estimé, les 900 F réclamés aux femmes n'ont donc aucun intérêt pour financer la politique. Les 900 F semblent encore constituer une barrière financière dans certains districts. L'État dispose des moyens financiers (déjà votés) pour cette suppression. Supprimer le paiement pour l'accouchement et les césariennes de toutes les femmes, comme cela a déjà été fait pour d'autres actes au Burkina Faso, résoudra aussi la question des critères pour les indigentes. Mais l'argent ainsi économisé pourrait servir à agir sur les coûts indirects de l'accès aux soins pour les indigentes (par ex : transport) car le fardeau financier qui pèse sur ces dernières est plus grand que pour la population en général.
5. Demander aux partenaires techniques et financiers de compléter cette politique par une amélioration de l'offre des services, notamment la prise en charge du transport (y compris depuis le domicile)
6. Mettre en place un système de gestion fondé sur le paiement aux extrants (*output-based payment*) et non pas un système comptable centré sur les intrants (*input accountability*)
 - Demander au personnel de santé de remplir les millions de fiches et en saisir les renseignements dans un logiciel correspond à une gestion comptable incompatible avec l'organisation de la stratégie actuelle. Il faut rembourser les centres de santé sur la base de leurs activités réalisées et d'un montant forfaitaire, le tout fondé sur la confiance mutuelle. Le contrôle des activités doit cependant être effectué *a posteriori*, sur une base aléatoire, et à l'aide d'enquêtes directement faites auprès des bénéficiaires.
7. Organiser un système de suivi et d'évaluation systématique afin de mieux vérifier les effets individuels et populationnels
 - Il faut consacrer beaucoup plus de moyens financiers et faire appel à des experts en évaluation. Des systèmes de suivi doivent être mis en place, par exemple pour étudier le nombre de références-évacuations. La reconstitution d'une base de données *avant* la mise en œuvre de la stratégie doit être une priorité afin de pouvoir réellement porter un jugement sur les effets. Des enquêtes doivent aussi être menées pour étudier les effets de la stratégie sur la demande (e.g. réduction du fardeau financier et des délais pour se rendre à la maternité), car l'augmentation de l'utilisation est certainement plus un effet de l'offre que de la demande.
8. En l'absence d'une suppression totale du paiement de la part des femmes, organiser une campagne d'information sur la prise en charge gratuite des indigents et étudier le caractère transférable des conclusions des recherches sur les indigents et les critères d'identification réalisés dans le district de Ouargaye.

9. RÉFÉRENCES

1. Ridde, V., “*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 and Medicine*, 2008. **66**: p. 1368-1378.
2. Walt, G., *Health policy : an introduction to process and power*. 1994, London and Johannesburg: Zed Press and University of Witwaterstand.
3. Walt, G. and L. Gilson, *Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis*. *Health Policy and Planning*, 1994. **9**: p. 353-370.
4. Ridde, V., *Policy implementation in Africa : an extension of the Kingdon’s multiple-streams approach*. *Public Administration*, In press.
5. ministère de la Santé, *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso; projet de démarrage de l’Initiative de Bamako*. 1992, Comité préparatoire de l’Initiative de Bamako: Ouagadougou. p. 73.
6. Leighton, C. and F. Diop, *Protecting the poor in Africa : impact of means testing on equity in the health sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal ?* 1995, Health Financing and Sustainability (HFS) Project. Abt Associates Inc.: Bethesda MD. p. 29.
7. Ridde, V., *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. 2007, Paris: L’Harmattan. 536.
8. Naimoli, J.F., T. Johnston, and M. Scheneidman, *Reaching the MDGs in Burkina Faso. An assessment of the MDG#4: reduce child mortality by 2/3 by 2015*. 2003, World Bank: Washington. p. 18.
9. Ministère de la Santé, *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d’urgence au Burkina Faso*. . 2006, Ministère de la Santé: Ouagadougou. p. 65.
10. ministère de la Santé, *Recherche opérationnelle sur la gratuité de la prise en charge des patients atteints de méningite cérébro-spinale au Burkina Faso*. 2003, Comité technique de pilotage de lutte contre les épidémies: Ouagadougou. p. 45.
11. Ridde, V., A. Nitiéma, and M. Dadjoari, *Améliorer l’accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d’une région sanitaire du Burkina Faso*. *Cahiers Santé*, 2005. **15**(3): p. 175-82.
12. Bicaba, A., et al., *Accès aux urgences chirurgicales et équité*. 2003, ABSP, CRDI, UdM: Ouagadougou. p. 109.
13. Gilson, L. and H. Schneider, *Understanding health service access: concepts and experience*, in *Global Forum Update on Research for Health Volume 4* G.F.f.H. Research, Editor. 2008: Geneva. p. 28-32.
14. Belaid, L., *Étude ethographique des rapports sociaux en milieu obstétrical au Burkina Faso*, in *Anthropologie*. 2008, Université de Montréal: Montréal. p. 133.
15. Sombié, I., et al., *Evaluation de la mise en place de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d’urgence au Burkina. Rapport préliminaire*. . 2007, Ministère de la Santé, GREFsAD: Ouagadougou. p. 60.
16. Ministère de la Santé, *Plan de mise en oeuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d’urgence au Burkina Faso*. . 2006, Ministère de la Santé: Ouagadougou. p. 45.

17. Richard, F., et al., *Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso*. Trop Med Int Health, 2007. **12**(8): p. 972-81.
18. Hounkanrin, G.A., *La subvention des SONU a-t-elle amélioré l'utilisation des services au Burkina Faso ? Cas du district sanitaire de Ouargaye.*, in *Institut Supérieur des Sciences de la Population*. 2008, Université de Ouagadougou: Ouagadougou. p. 87.
19. Nikiéma, B., H. S., and L. Potvin, *Women bargaining to seek healthcare : norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso*. World Development, 2008. **36**(4): p. 608-624.
20. Smith, D.J., *Patronage, per diems and the "Workshop mentality" : the practice of family planning programs in Southeastern Nigeria*. World Development, 2003. **31**(4): p. 703-715.
21. ministère de l'Économie et du Développement, *Burkina Faso : un pays qui progresse. Base de données socio-économiques- Medev mai 2007*. 2007, ministère de l'économie et du développement: Ouagadougou. p. 84.
22. Cohen, M.D., J.G. March, and J.P. Olsen, *A garbage can model of organizational choice*. Administrative Science Quarterly, 1972. **17**(1): p. 1-25.
23. Cohen, M.D., J.G. March, and J.P. Olsen, *Le modèle du "garbage can" dans les anarchies organisées*, in *Décisions et organisations*, J.G. March, Editor. 1991, Les éditions d'organisations: Paris. p. 163-204.
24. Ridde, V. and A. Diarra, *From unintended to undesirable effects of health intervention : the case of user fees abolition in Niger (West Africa) in Evaluating in the Face of Uncertainty: Anticipation and Agility to Improve Evaluation Quality (Provisional Title)*, J. Morell, Editor. In press, Guilford Press.
25. Meda, N., et al., *From evaluating a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso to policy implications for safe motherhood in Africa*. Tropical Medicine & International Health, 2008. **13**(Suppl 1): p. 68-72.

10. ANNEXES

Annexe 1 : Tarifs annoncés dans la stratégie de subvention des SONU

N°	Prestation	Tarif actuel	Taux de subvention	Tarif Applicable
Au niveau CSPS				
1.	Accouchement eutocique	4 500	80%	900
2.	Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
Au niveau CMA				
3.	Accouchement eutocique	4 500	80%	900
4.	Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
5.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	18 000	80%	3 600
6.	Soins intensifs au nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	18 000	80%	3 600
7.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	18 000	80%	3 600
8.	Césarienne	55 000	80%	11 000
9.	Laparotomie (GEU et RU)	55 000	80%	11 000
Au niveau CHR/CHU				
1.	Accouchement eutocique	4 500	60%	1 800
2.	Accouchement dystocique	18 000	80%	3 600
3.	prise en charge de pré éclampsie et des crises d'éclampsie	18 000	80%	3 600
4.	Soins intensifs au nouveau-né inférieur ou égal à 7 jours (pour souffrance cérébrale aiguë, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère et hypothermie)	18 000	80%	3 600
10.	Aspiration Manuelle Intra Utérine	18 000	80%	3 600
5.	Césarienne	55 000	80%	11 000
6.	Laparotomie (GEU et RU)	55 000	80%	11 000

Source : Stratégie nationale de subvention des SONU

Annexe 2 : Indicateurs de suivi/évaluation prévus dans la stratégie de subvention des SONU

Indicateurs	Responsables d'analyse par niveau			Périodicité
	Opérationnel	Régional	Central	
Indicateurs de processus				
1. Existence de projection actualisée des prestations et des ressources nécessaires à subventionner de l'année n+1			DSF	Annuelle
2. Existence de prévision budgétaire de l'année n+1 (montant total nécessaire la subvention)			DAF	Annuelle
3. Pourcentage de formations sanitaires ayant connu plus d'un mois de rupture des ressources financières (DS, CHU/CHR)	MCD	DRS	DSF DAF	Semestrielle
4. Taux de mobilisation pour couvrir les besoins de la subvention		DRS	DAF	Annuelle
5. Taux d'absorption de la subvention		DRS	DAF	Semestrielle
6. Adéquation coût des prestations subventionnées et subvention reçue	MCD	DRS, DG CHR/ CHU	DAF, DSF	Semestrielle
7. Taux de promptitude des rapports de gestion au niveau DS	MCD			Semestrielle
8. Taux de promptitude des rapports de gestion au niveau régional		DRS		Semestrielle
9. Taux de promptitude des rapports de gestion au niveau Central			DSF	Semestrielle
10. 10. Pourcentage de CMA ayant un espace fonctionnel ¹⁵ pour la réanimation du nouveau-né en salle d'accouchement	MCD	DRS	DSF	Annuelle
11. Indice de satisfaction des clientes	MCD	DRS, DG CHR/ CHU	DSF	Annuelle
Indicateurs de résultats				
1. Taux d'accouchements assistés	MCD	DRS	DSF	Annuelle
2. Taux de césariennes réalisés	MCD	DRS	DSF	Semestrielle
3. Proportion de suppurations post césarienne ou laparotomie	MCD	DRS	DSF	Semestrielle
4. Taux de létalité des complications obstétricales	MCD	DRS	DSF	Semestrielle
5. Taux de décès néonataux dans les FS	MCD	DRS	DSF	Semestrielle
6. Nombre de nouveaux nés décédés pendant l'accouchement (« mort-né frais ») et dans les 7 premières heures de la vie du nouveau né	MCD	DRS	DSF	Semestrielle
7. Taux de besoin satisfait en services de SONU	MCD	DRS	DSF	Semestrielle
Indicateurs d'impact				
1. Ratio de mortalité Maternelle (dans la population générale)		DRS	DSF	Tous les 5 ans
2. Taux de mortalité néonatale (dans la population générale)		DRS	DSF	Tous les 5 ans

Source : Stratégie nationale de subvention des SONU

¹⁵ L'espace fonctionnel pour réanimation du nouveau-né comporte au minimum: un aspirateur manuel ou électrique, une couveuse ou une plaque chauffante et un dispositif d'oxygénation

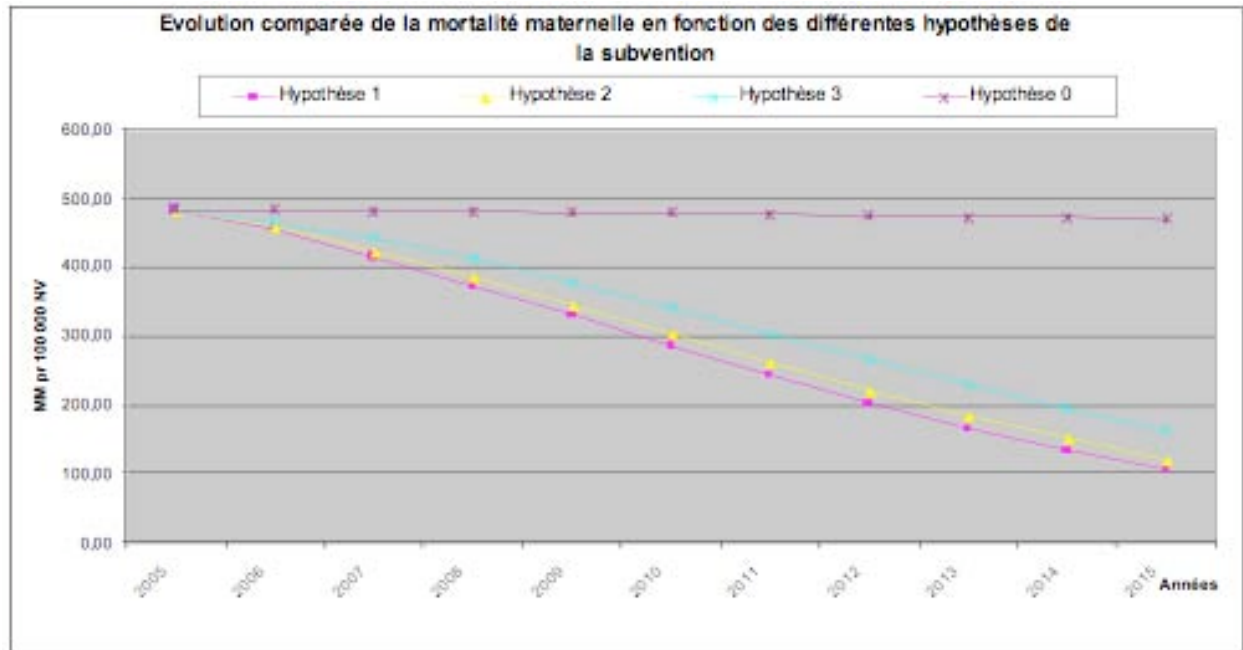
Annexe 3 : Présentation sommaire d'intervention d'ONG dans le domaine de la subvention/suppression du paiement

ONG	TITRE PROJET	Zones d'intervention	Début	Fin	Partenaire/s financier/s
CRB / CRBF	Projet de réduction de la mortalité infantile et de la malnutrition par l'autocontrôle communautaire et le renforcement de la synergie entre les communautés et les services de santé	180 villages (3 CSPS / Province) dans les régions du Nord (provinces de Yantenga et Lorum), du Sahel (provinces de Seno, Oudalan et Yagha)) et du Sud-Ouest (provinces de Loba, Bougouriba, Poni et Nounbiel)	Jun-07	Dec-08	ECHO, UNICEF, PAM & divers...
Tdh / HKI	Projet de réduction de la malnutrition aiguë et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes	100% des districts de Tougan (DRS Mouhoun), et Séguénéga (DRS Nord)	Oct-07	Dec-08	ECHO, UNICEF (ATPE)
HELP	Projet d'appui aux districts sanitaires de Dori et Sebba au BF dans le cadre des soins de santé aux populations vulnérables	Districts sanitaire de Dori et Sebba (DRS Sahel)	May-08	Jun-09	ECHO
ACF-F	Projet de prévention et du traitement de la malnutrition aiguë au BF	100% du district sanitaire de Diapaga (DRS Est), soit 1 CMA, 25 CSPS	Feb-08	Apr-09	ECHO

ONG	Public cible	Nb directs	bénéf. et	Stratégie, modèle d'action, outils (concernant Exemption)
CRB / CRBF	Enfant 0-59 mois et femmes enceintes et allaitantes MALNUTRIS	xxx		Exemption de paiement des MAS et MAM avec complications médicales référés; références par comités villageois nutrition ss supervision équipe médicale projet; fiches de référence / contre-référence; PEC par les CSPS; remboursement (cahier) chaque semaine; pas de contrôle...
Tdh / HKI	Enfant 0-59 mois et femmes enceintes et allaitantes MALNUTRIS et/ou MALADES PCIME + 20% SONU (+ INDIGENTS)	11'435 enfants xx'xxx femmes	et	Communautaire (dépistage / référence MAS...) -> CSPS (accès Qualité / Soins primaires) --> CMA --> CHR --> CHU; 1 contrôleur; Taxi santé (transport Urgence)

HELP	Enfant 0-59 mois, femmes enceintes et allaitantes et indigents	+/- 100'000	Accès, Qualité, Appui COGES, Recherche-action & Plaidoyer; "gratuité" (SONU inclus) / contrôles quantitatif et qualitatif (rationalisation des prescriptions) / remboursement (un manuel d'exécution des subventions)
ACF-F	Enfant 0-59 mois et femmes enceintes et allaitantes MALNUTRIS	16'000	Approche communautaire, appui institutionnel (MS). Subvention (remboursement chaque mois) pour enfant 0-59 mois et femmes enceintes et allaitantes Malnutris

Annexe 3 : Hypothèses formulées des effets de la politique de subvention des SONU



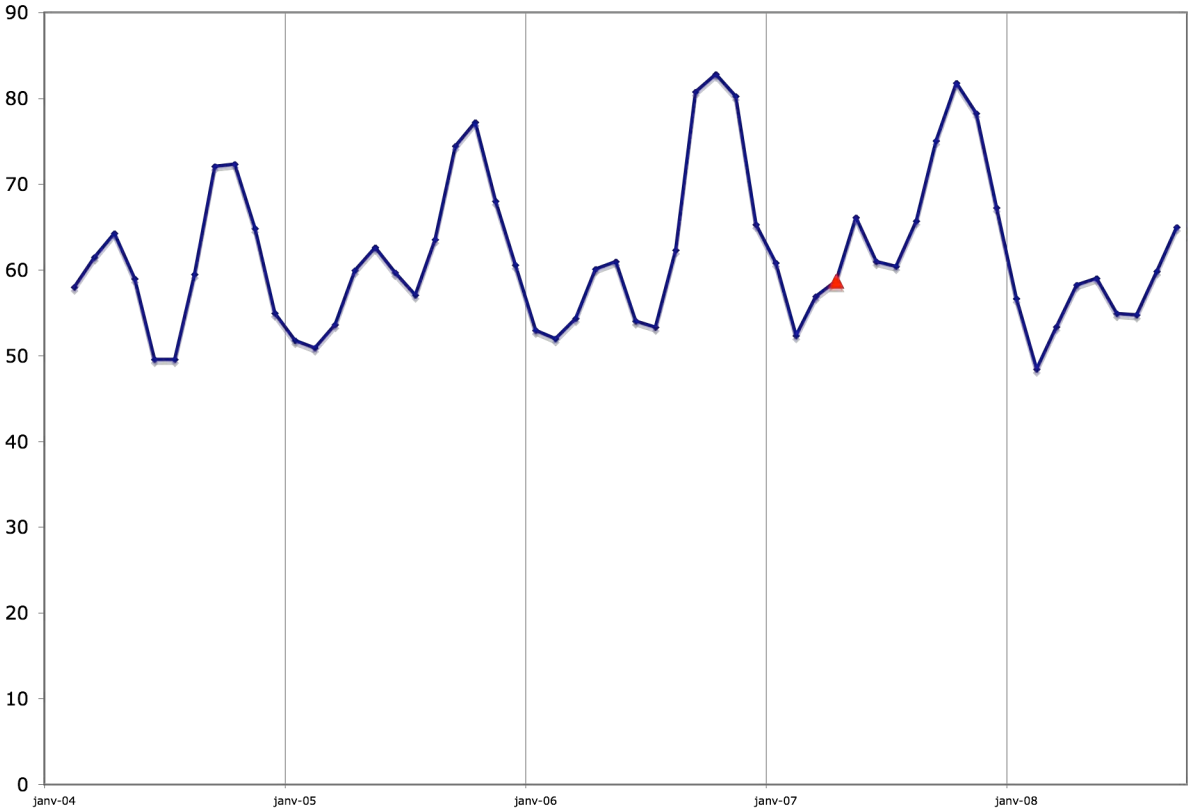
Source : Stratégie nationale de subvention des SONU, mars 2006

Annexe 4 : Taux d'accouchement assisté

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Région de Tenkodogo								
Ouargaye	20,16	20,55	11,31	15,64	28,96	58,95	74,6	83,31
Koupéla	35,7	46,71	32,83	44,61	47,15	54,94	56,7	66,68
Tenkodogo	17,56	31,91	21,81	33,75	47,58	44,6	45,4	85,28
Zabré	10,67	9,8	16,11	29,6	37,63	59,51	53,3	55,49
Région du Sahel								
Djibo	18,05	15,26	14,81	6,07	10,07	10,79	15,4	24,15
Dori	32,43	27,65	26,94	19,51	13,41	16,33	17,5	29,03
Gorom-Gorom	16,78	39,35	17,69	17,71	19,77	17,46	17	20,44
Sebba	14,61	21,1	24,83	14,35	79,4	15,39	24	34,07
National	36,28	36,09	39,9	30,92	33,49	37,67	42,9	48,56

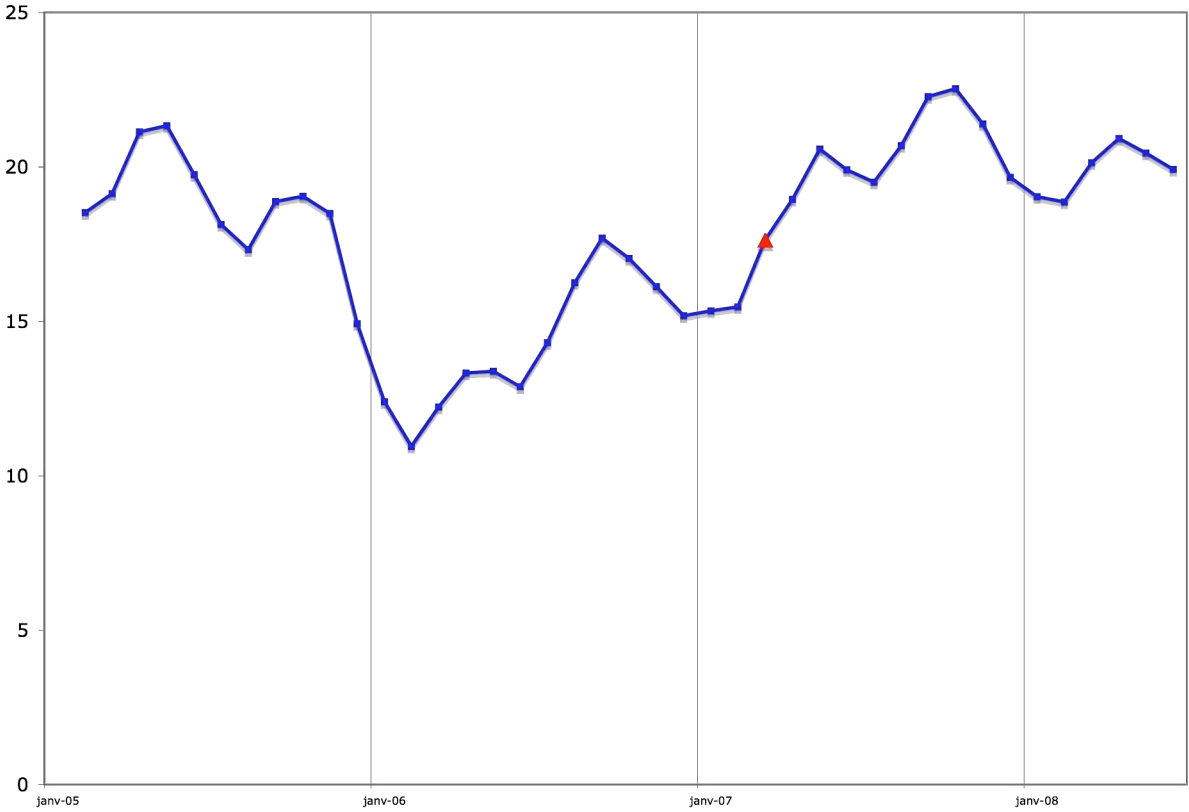
Source : DEP/Santé

Annexe 5: Évolution du nombre moyen d'accouchements assistés dans le district du secteur 30 (Ouagadougou)



Source : ECD

Annexe 6: Évolution du nombre moyen d'accouchements assistés dans le district de Ziniaré



Source : ECD

Annexe 7: Évolution du nombre moyen d'accouchements assistés dans le district de Kaya instaurant la suppression total du paiement des accouchements.

