



**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE
GRATUITE DES SOINS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET
LES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS DANS LES DISTRICTS
SANITAIRES DE LA REGION DU CENTRE-OUEST DU BURKINA
FASO**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU
MASTER II SPECIALISE EN MANAGEMENT DES
ENTREPRISES ET DES ORGANISATIONS
OPTION : MANAGEMENT STRATEGIQUE ET
OPERATIONNEL**

Présenté et soutenu publiquement le [Date] par

Robert SAWADOGO

Travaux dirigés par :
Dr Seydou BARRO, Médecin spécialiste en santé publique ;
Dr Boukaré CONGO, Médecin spécialiste en santé publique.

Jury d'évaluation du stage :

Président : Prénom NOM

Membres et correcteurs : Prénom NOM
Prénom NOM
Prénom NOM

Promotion [2015/2016]

DEDICACES

En guise de reconnaissance, nous dédions ce travail :

- + A DIEU tout puissant, le miséricordieux, pour nous avoir donné
la santé, le courage et la force de mener à bien ce travail.*
- + A notre père, SAWADOGO Dagnouga Paul ;*
- + A notre maman, WEMA Bamoaga Marie Madeleine (in
memoriam) ;*
- + A nos frères et sœurs Jacqueline, Janvier, Emilienne, Edwige...*
- + A notre épouse Edwige et notre fille Grace Abigaëlle ;*
- + A nos cousins Ousmane, Idrissa...*
- + Toute notre famille ;*
- + A nos encadrateurs ;*
- + A tous nos amis ;*
- + A toute la promotion 2015/2016 ;*
- + Tous nos collègues sans exception ;*
- + A vousmerci*

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail. Nos remerciements s'adressent particulièrement :

- + A nos encadreurs Dr Seydou BARRO et Dr Boukaré CONGO, pour leur patience et leur coopération le long de cette période.*
- + A tous les enseignants de 2^{ie} sans exception qui ont contribué à notre formation avec beaucoup de compétences et de dévouement.*
- + Nos remerciements s'adressent, également, aux membres de jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail.*
- + Nos vifs remerciements vont aussi aux bénéficiaires de la politique qui ont accepté de participer à l'enquête en répondant à nos questions, ainsi qu'au personnel de santé qui ont accepté participer à cette étude.*
- + Enfin nos plus vifs remerciements s'adressent aussi, à tous ceux qui nous ont aidé, encouragé, et soutenu.*

RESUME

Au Burkina Faso la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile demeurent un problème majeur de santé publique. Une des stratégies majeures pour réduire cette morbi-mortalité, est de réduire les facteurs limitant l'accessibilité aux soins dont la barrière financière. Fort de ce constat, le gouvernement du Burkina Faso, a décidé de mettre en œuvre une politique de gratuité de soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Le but de cette étude était d'évaluer la mise en œuvre de cette politique dans les districts sanitaires de la région du Centre – Ouest.

Il s'est agi d'une évaluation qualitative, permettant de comprendre comment la politique a été appliquée, comprise, vécue et acceptée.

A l'issu de cette étude, nous pouvons retenir que la politique est bien connue et comprise des usagers et des prestataires des services de santé ; elle est bien effective et bien appliquée sur le terrain. En outre elle obtient l'adhésion, l'acceptation et la satisfaction des bénéficiaires, ainsi qu'une bonne implication des prestataires. Les prestataires dénoncent néanmoins une faible motivation avec une augmentation de la charge de travail. Nous avons noté une disponibilité assez satisfaisante en médicaments et une rapidité dans l'accessibilité aux soins. Par contre un retard dans la prise en charge a été constaté. Cela pourrait s'expliquer par la forte augmentation de la fréquentation des centres de santé et par l'inadéquation entre les ressources allouées et les activités à réaliser qui a été démontrée dans cette étude.

Mots Clés :

-
- 1 – « Gratuité des soins »
 - 2 - Evaluation
 - 3 - Mortalité
 - 4 – « Femme enceinte »
 - 5 – « Enfant de moins de cinq ans »

ABSTRACT

Maternal, neonatal and infant-juvenile morbidity and mortality remain a major public health problem In Burkina Faso. One of the major strategies to reduce morbidity and mortality is to reduce the factors limiting access to care, including the financial barrier. On the strength of this observation, the Government of Burkina Faso has decided to implement a policy of free care for the benefit of pregnant women and children under five years. The purpose of this study was to evaluate the implementation of this policy in the health districts of the Central West region.

It was a qualitative evaluation, to understand how the policy was applied, understood, lived, and accepted.

At the end of this study, we can note that the policy is well known and understood by users and providers of health services; It is very effective and well applied in the health center. Moreover, it obtains the acceptance and the satisfaction of the beneficiaries, as well as a good involvement of the providers, who nevertheless denounce a low motivation with an increase of the workload. We noted a fairly satisfactory availability of medicines and a speed of access to care. On the other hand, a delay in taking over was noted. This could be explained by the sharp increase in health center attendance and the inadequacy of resources allocated to the activities to be carried out, as demonstrated in this study.

Key words :

-
- 1 – Free care
 - 2 - Evaluation
 - 3 – Mortality
 - 4 - Pregnant women
 - 5 - Children under five years

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxy-Ribonucléique
AMU: Assurance Maladie Universelle
CARMMA : Campagne Africaine de Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISSE : Centre d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique
CM : Centre Médical
CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CPN : Consultation Pré-Natale
CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF : Direction de l'Administration et des Finances
DRS : Direction Régionale de la Santé
DS : District Sanitaire
ECD : Equipe Cadre de District
FBR : Financement Basé sur les Résultats
FS : Formation Sanitaire
GEU : Grossesse Extra Utérine
HTA : Hypertension Artérielle
ICP : Infirmier Chef de Poste
MCD : Médecin Chef de District
MEG : Médicament Essentiel Générique
MINEFID : MINistère de l'Economie des FINances et du Développement
MS : Ministère de la Santé
OBCE : Organisation à Base Communautaire et d'exécution
OMD : Organisation Mondiale de la Santé
OST : Officine de Santé des Travailleurs
PCA : Paquet Complémentaire d'Activité
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PMA : Paquet Minimum d'Activité
PTF : Partenaire Technique et Financier

SAF : Service Administratif et Financier

SERSAP : Société d'Etudes et de Recherche en Santé Publique

SGRH : Service de Gestion des Ressources Humaines

SIEM : Service des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance

SLMPGS : Service de Lutte contre la Maladie et Protection des Groupes Spécifiques

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SPLM: Service de la Pharmacie, du Laboratoire, de la Médecine et pharmacopée traditionnelles et du matériel médico-technique

SPS : Service de la Promotion de la Santé

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TETU : Tri, Evaluation et Traitement des Urgences

THLO : Télégramme Hebdomadaire Lettre Officielle

VAT : Vaccin antitétanique

SOMMAIRE

Introduction-Enoncé du problème.....	4
Chapitre I. Revue de la littérature.....	7
1. Cadres conceptuels et théoriques de l'évaluation d'une politique ou d'un programme	7
2. Synthèse des techniques et méthodes utilisées	8
3. Quelques résultats empiriques.....	12
4. Description de la politique de gratuité.....	14
Chapitre II. Objectifs et Questions de recherche.....	17
Chapitre III. Méthodologie de l'étude.....	19
1. Cadre de l'étude.....	19
2. Type d'étude et Période d'étude.....	20
3. Population d'étude.....	20
4. Echantillonnage.....	21
5. Critères d'inclusions.....	21
6. Concepts/Variables de l'étude.. ..	21
7. Collecte des données : sources, techniques et outils, processus de collecte.....	22
8. Traitement et analyse des données.....	23
9. Considérations éthiques.....	23
Chapitre IV. Résultats de l'étude.....	24
1. Présentation de l'échantillon.....	24
2. Processus de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.....	25
3. Disponibilité des ressources : humaines, matériels, financières etc.....	26
4. Niveau de connaissance des agents de santé sur la politique de gratuité des soins.....	28
5. Niveau de connaissance des bénéficiaires sur la politique de gratuité des soins.....	29
6. Adhésion et d'acceptation des prestataires et des bénéficiaires à la politique de gratuité des soins.....	19
7. Satisfaction des bénéficiaires et des prestataires de la politique de gratuité des soins.....	30
8. Atteinte des résultats de la mise en œuvre de la gratuité des soins à court terme.....	31
9. Appréciation des bénéficiaires sur la mise en œuvre de la politique.....	32
10. Avis des prestataires sur la politique de gratuité des soins.....	33
11. Suggestions.....	34

Chapitre V. Discussion et Analyses.....	36
1. Limites de l'étude.....	36
2. Le processus.....	36
3. Les ressources.....	37
4. Connaissance et adhésion des agents de santé.....	40
5. Connaissance et adhésion des bénéficiaires.....	40
6. Satisfaction des bénéficiaires.....	40
7. Atteinte des résultats.....	41
Chapitre VI. Recommandations/Propositions.....	43
Conclusions.....	44
Bibliographie.....	45
Annexes.....	48
1. Cadre logique de la gratuité des soins.....	50
2. Guide d'entretien avec le personnel de santé.....	51
3. Guide d'entretien avec les bénéficiaires.....	53
4. Correspondance de Monsieur le Directeur régional de santé.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Variables de l'étude

Tableau II : caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organisation du système de santé au Burkina Faso

INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME

La morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile demeurent un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays en développement dont le Burkina Faso. En 2015 cette mortalité était de 86 décès pour 1000 naissances vivantes en Afrique subsaharienne (SNU ; rapport 2015). Au Burkina Faso, le taux de mortalité maternelle et infanto juvénile est également élevé, 330 décès pour 100 000 naissances vivantes et 82 décès pour 1000 naissances vivantes respectivement (SNU : rapport annuel du PNUD 2015).

Ces dernières années, des stratégies et initiatives internationales et nationales ont été adoptées en vue d'intensifier et de mieux coordonner les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé. Il s'agit notamment de la Stratégie Mondiale pour la Santé des Femmes et des Enfants du Secrétaire Général des Nations Unies, de la Campagne Africaine de Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA), de l'élimination virtuelle de la transmission du Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) de la mère à l'enfant (ICI : rapport final 2012). Au Burkina Faso on retient des stratégies tels que la maternité à moindre risque, le plan de relance de la PF, la subvention des SONU etc (UNICEF : Rapport final 2012).

L'Afrique subsaharienne bien qu'ayant le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde, la diminution de sa mortalité infantile a été la plus importante au cours des deux dernières décennies. En effet le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans y est passé de 179 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990, à 86 décès en 2015 (SNU : rapport 2015). En outre, la survie maternelle s'est améliorée de manière significative depuis l'adoption des OMD.

Au niveau mondial, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % entre 1990 et 2013, passant de 380 à 210 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (SNU : rapport 2015). De nombreuses régions en développement ont progressé régulièrement en matière d'amélioration de la santé maternelle, y compris les régions présentant les taux de mortalité maternelle les plus élevés. Par exemple, on a observé une réduction de 49 % en Afrique subsaharienne (SNU : rapport 2015).

Malgré ces progrès, la région doit encore de toute urgence accélérer cette progression. Des centaines de femmes meurent tous les jours durant leur grossesse ou à la suite de complications liées à l'accouchement. L'Afrique subsaharienne supporte près de la moitié du fardeau des décès des moins de cinq ans dans le monde, 3 millions en 2015 (SNU : rapport

2015).

Un certain nombre de facteurs ont été associés à la forte mortalité maternelle et infanto-juvénile. Il s'agit entre autres de la faible fréquentation des services de santé, à cause de la faible accessibilité géographique et financière, la faible couverture en assurance maladie et à certains endroits aux pesanteurs socioculturels.

Au Burkina Faso, on note une faible fréquentation des services de santé, surtout les plus pauvres : 54,7% du 1er quintile ne consultent pas de service de santé ou de personnel de santé en cas de problème de santé (INSD : EMC 2014) et une très faible proportion de la population bénéficie de couverture maladie, moins de 1% (MS : Compte de la santé 2013). Parmi les causes de cette faible fréquentation, la barrière financière demeure une des plus importantes au Burkina Faso. En effet 71,7% des femmes de 15-49 ans déclarent un problème d'argent pour accéder aux soins (INSD 2012).

Faire en sorte que toutes les femmes puissent accoucher auprès d'un personnel qualifié dans des formations sanitaires avec des soins de qualité est l'une des stratégies reconnues pour réduire la mortalité maternelle (De Brouwere V et al, 2011). Cependant, les femmes et leur famille font face à de nombreux défis, notamment la distance, les coûts ou encore la qualité des soins (Richard F. et al, 2008).

La barrière financière étant l'une des plus importantes au Burkina Faso (INSD 2012), le gouvernement du Burkina Faso avait décidé depuis 2006 de subventionner à la fois les accouchements normaux et les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). L'objectif était de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale, par la réduction significative des coûts financiers directs des services d'accouchements et de prise en charge des urgences obstétricales (Ridde V. et al, 2010).

De cette politique, on retient une réduction des inégalités d'utilisation des services de santé entre les riches et les pauvres, une réduction importante des dépenses médicales d'accouchements. Mais les dépenses totales liées aux accouchements constituent encore un fardeau important (V. Ridde et al, nov. 2010).

Selon Ridde V. et al. (2010), la subvention est nécessaire, mais pas suffisante. En effet la prise en charge des indigents n'est pas assurée malgré la prévision systématique du budget dans ce sens. La principale raison est le manque de critères et de processus de sélection des indigents. En outre, le fardeau reste entier pour les dépenses non médicales (transport, nourriture...).

Fort de ces constats, le gouvernement du Burkina Faso, lors du conseil de ministres en

sa séance du 2 mars 2016 a annoncé des mesures de gratuité de soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso. Ces mesures ont pris effet à partir du 2 avril 2016 dans 3 régions (Centre, Hauts Bassins, Sahel) et s'est étendue à tout le pays à partir du 1^{er} juin 2016 (Décret portant gratuité des soins 2016).

L'objectif visé par ces mesures est d'accélérer la réduction des taux de mortalités maternelle et infantile. Cette mesure devrait permettre de réduire la participation aux coûts et frais, d'étendre l'offre de soins et d'élargir la gamme de services à offrir.

Il est important, après six mois de mise en œuvre à l'échelle nationale, d'effectuer une évaluation de la mise en œuvre de cette politique afin d'identifier les insuffisances et proposer des solutions pour garantir la réussite et la pérennité de la stratégie au Burkina Faso.

CHAPITRE I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Cadres conceptuels et théoriques de l'évaluation d'une politique ou d'un programme

En matière d'évaluation, deux concepts d'interventions coexistent et se justifient chacun par le type d'approche utilisé dans les programmes. Les tenants d'une première école se réfèrent à l'approche "épidémiologiste". Ceux d'une deuxième école, se réfèrent aux approches "communautaires". La première école d'évaluateurs utilise la méthode expérimentale qui consiste à comparer l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme donné à celle d'une population n'en ayant pas bénéficié ou ayant bénéficié d'un programme alternatif. La seconde école d'évaluateurs propose de mettre l'accent sur l'évaluation de processus, c'est-à-dire du pilotage fin des actions réalisées, en particulier par des évaluations qualitatives permettant non pas de mesurer un changement mais de comprendre comment le programme a été appliqué, compris, vécu, accepté. La première école défendrait donc une efficacité scientifiquement déterminée à partir d'indicateurs quantitatifs, et la seconde une efficacité démocratiquement déterminée, c'est-à-dire par un jury comprenant financeurs, population, intervenants et experts (INSERM 2001). Actuellement, il est intéressant de noter que les tenants des deux écoles d'évaluateurs ne s'opposent pas et se rejoignent sur différents points.

Les cinq objets d'évaluation d'un programme

Il est classique, tout d'abord, de différencier trois objets d'évaluation principaux : les ressources, les activités ou services, les objectifs. A chaque niveau correspond un type d'évaluation :

- Ressources ou structure (ou "input", entrées, intrants). L'évaluation de la structure intéresse à l'adéquation des ressources ("adequacy") : la quantité, la qualité et l'agencement des ressources humaines, matérielles et financières du programme (PINEAULT R et al, 1995). On parle aussi d'évaluation des ressources. La structure renvoie donc aux ressources mais aussi à l'organisation d'ensemble avec ses mandats, ses règles et son fonctionnement (DEROSIERS H. et al, 1998).

- Activités ou services (ou processus, "output", sorties, extrants).

L'évaluation du processus intéresse à la justesse (appropriateness) des activités. Dans le cas d'un service, on s'intéresse à trois aspects : la qualité de ses aspects techniques (bonnes pratiques), la qualité de la relation entre le bénéficiaire et le professionnel, et les processus organisationnels (PINEAULT R et al, 1995). On parle aussi d'évaluation des procédures

(BREART G. et al, 1989), terme qui est plus adapté aux procédures de soins.

- Objectifs. L'évaluation des résultats se rapporte aux objectifs du programme. Les services produits ("output") ont-ils provoqué les changements attendus ("outcome") ? par "résultats". On entend généralement des changements directement liés à la raison d'être du programme, c'est-à-dire des changements liés aux problèmes visés par le programme et pour lesquels celui-ci a été élaboré (CHAMPAGNE F. et al, 1985).

Ces trois évaluations peuvent être regroupées sous le terme d'évaluation de la mise en œuvre (DEROSIERS H. et al, 1998), ou d'évaluation d'implantation prise au sens large (BEAUDRY J. 1986). Cette évaluation s'intéresse au déroulement réel du programme et permet de connaître la façon dont les ressources ont été utilisées, si les activités prévues ont été réalisées, les produits et les services offerts (extrants), la satisfaction et le degré d'atteinte les publics visés, etc. De façon plus globale, elle s'intéresse à la dynamique interne du programme et aux facteurs tant internes qu'externes qui influencent sa mise en œuvre (DEROSIERS H. et al, 1998).

- Populations-cibles. Dans l'aspect organisationnel de l'évaluation du processus, F. Champagne inclut le fait de savoir si le programme atteint les populations visées (CHAMPAGNE F. et al, 1985). A l'inverse, J. Beaudry préfère parler de l'évaluation d'implantation, qui conduit à l'identification de la population qui fait effectivement usage des services mis en place (BEAUDRY J. 1986). Il souligne ainsi l'importance de rejoindre la population-cible : la participation de la population-cible constitue une mesure critique de la validité d'un programme. Toutefois, il englobe aussi dans l'évaluation d'implantation un second volet qui s'intéresse aux ressources et aux activités (BEAUDRY J. 1986).

- Conséquences, retombées, ou impact du programme : Alors que les résultats sont des changements directement liés aux objectifs du programme, l'impact inclut un grand nombre de changements directs et indirects, voulus ou non voulus, liés ou non aux objectifs explicites du programme, tant sur la population visée que sur la population entière.

2. Synthèse des techniques et méthodes utilisées

Plusieurs techniques et méthodes sont utilisées pour répondre aux questions d'évaluation :

- Une collecte d'informations de nature quantitative (mesures) et qualitative, avec un effort de collecte systématique et une recherche d'objectivité, ou en tout cas de diversification des points de vue. L'évaluation a donc d'abord une dimension cognitive, (CRDSU. 1995), (CONTANDRIOPOULOS A.P. et al, 2000).

- Une appréciation critique (un "jugement" de valeur), basée sur la comparaison de ces informations, sous forme de critères et d'indicateurs à des références ou "normes". La deuxième dimension de l'évaluation est donc une dimension normative (CRDSU. 1995), (CONTANDRIOPOULOS A.P. et al, 2000). Cette appréciation critique peut également être portée en mettant en relation deux ou plusieurs objets du programme (DEROSIERS H. et al, 1998). Par exemple, en s'interrogeant sur la pertinence d'une action d'information pour atteindre un objectif de changement de comportement ; ou en s'interrogeant sur l'adéquation des ressources utilisées et des services produits.

- Des propositions qui contribuent à une prise de décision. Ceci implique d'organiser l'évaluation (les méthodes, les objets à évaluer, les informations à recueillir) en fonction des questions auxquelles l'évaluation doit répondre, et ensuite de communiquer les résultats et les propositions aux décideurs, notamment sous forme d'un rapport, pour que la rétroaction se fasse. L'évaluation a donc une dimension utilitaire (CONTANDRIOPOULOS A.P. et al, 2000) ou instrumentale (CRDSU. 1995) : c'est un instrument orienté vers la décision. Elle a aussi une dimension démocratique (elle alimente des débats) (CONTANDRIOPOULOS A.P. et al, 2000).

En résumé, on peut dire que le programme (ainsi que son évaluation) s'inscrit dans un environnement, un contexte, dans lequel J. Beaudry différencie trois systèmes :

- Le macrosystème est le contexte politique. Tout programme s'inscrit dans une action politique, parfois argumentée, contestable (visibilité politique, rassurer la population...). Quelle que soit la raison d'être du programme à l'étude, toute évaluation comporte une dimension politique plus ou moins importante. L'évaluateur devrait donc examiner s'il y a congruence entre ses actions et les objectifs qu'il poursuit en tant qu'agent de changement social avant de s'engager dans une évaluation (BEAUDRY J. 1986).

- L'exosystème est le contexte social. L'évaluateur n'est qu'un des acteurs et il n'y tient pas nécessairement le rôle principal. Politiciens, fonctionnaires, gestionnaires, praticiens, groupes de pression et usagers peuvent, à un moment ou à un autre, avoir droit de regard sur un projet d'évaluation. Ces derniers, ayant des intérêts particuliers à défendre et des besoins spécifiques à combler, pourraient être tentés d'influencer à leur avantage le cours de la démarche évaluative. L'évaluateur ne peut pas se permettre d'ignorer ces pressions. D'autre part, les normes et valeurs de la communauté dans laquelle s'effectue l'évaluation peuvent, à leur tour, exercer une influence directe sur la sélection des critères de réussite de l'intervention (BEAUDRY J. 1986).

- Le microsystème est l'organisme de services ou l'organisme qui conduit le programme. L'évaluateur doit pouvoir compter sur la collaboration des intervenants activement engagés dans le programme. Sans leur participation, les chances de réussite de l'évaluation sont quasi-inexistantes. L'évaluateur ne peut donc pas ignorer ou mettre en veilleuse les appréhensions qu'ils manifestent à l'égard de son étude. Il peut s'agir : a) du refus des intervenants à transférer à la recherche des ressources normalement allouées à l'intervention; b) d'une crainte que l'évaluation ne remette en cause leur compétence et même leur poste; c) de l'expression du pessimisme des praticiens vis-à-vis de l'utilité ou la pertinence de l'évaluation; d) de leur inconfort face à l'évaluateur qui s'immisce dans leur travail et e) de leur refus de modifier les rôles et fonctions pour lesquels ils ont été engagés. La condescendance ou la négation du bien fondé de ces craintes risquent de ne pas convaincre. L'évaluateur a donc intérêt à considérer sérieusement les appréhensions des intervenants à l'égard de l'évaluation, à en discuter avec eux et à chercher des solutions propres à les satisfaire autant que lui-même (BEAUDRY J. 1986).

Le recueil de données relève de deux approches complémentaires : les enquêtes qualitatives et les enquêtes quantitatives.

Les enquêtes qualitatives utilisent des outils tels que :

- L'entretien individuel à partir d'une grille d'entretien construite par l'évaluateur en fonction des questions posées et des données qu'il cherche à recueillir. Les entretiens individuels sont arrêtés lorsqu'on aura atteint ce qu'on appelle la saturation des données ; ceci signifie que même si on ajoutait des répondantes ou répondants, ceux-ci n'apporteraient plus rien de nouveau aux réponses déjà recueillies (GAUDREAU L. et al, 1999).

La saturation se produit d'autant plus rapidement que la population étudiée est homogène dans ses caractéristiques et ses comportements, souvent entre quinze et trente entretiens.

- Les entretiens collectifs et groupes focaux lors desquels plusieurs partenaires s'expriment à partir de questions préalablement élaborées, en apportant le plus de précisions possibles eu égard aux connaissances de chacun. L'entretien de groupe a l'avantage de permettre l'interaction entre les participants, qui peuvent construire ainsi un aperçu de l'objet. Il permet aussi d'apprécier les normes en matière de représentation et de comportements. Le groupe focal diffère de l'entretien collectif par la composition du groupe et par l'objectif de la réunion. Le groupe focal regroupe des personnes diversifiées connaissant bien le sujet et ayant une grande capacité à s'exprimer ; il a pour but de diversifier les points de vue plus qu'aboutir à

une construction commune ; il nécessite une animation par un "facilitateur".

- La participation à des réunions institutionnelles, apportant des éléments sur le processus de travail du programme à évaluer, ou la lecture de comptes-rendus de réunions et tous documents pouvant rendre compte de ce processus.

Les règles éthiques des enquêtes

Quel que soit le type d'enquête, il y a des règles éthiques à respecter. Les principales sont : le consentement libre et éclairé des répondants, le droit de se retirer de l'étude sans préjudice, l'anonymat des répondants, la confidentialité des réponses individuelles, et la demande d'autorisation de citer des passages s'il s'agit d'entretiens. Lorsque les répondants sont mineurs, il faut obtenir l'autorisation des parents ou tuteurs (GAUDREAU L. et al, 1999). Il convient d'être particulièrement vigilant sur ces règles éthiques lorsqu'on a affaire à une population "captive" telle que des jeunes en milieu scolaire.

Les protocoles d'études épidémiologiques.

- Protocole expérimental : c'est l'essai clinique randomisé (randomized clinical trial) : l'investigateur exerce un contrôle sur l'intervention et procède à l'allocation des sujets de façon aléatoire [en deux groupes] suivis et comparés au regard de certains indices d'impact. Pour minimiser les biais possibles, la randomisation devrait de préférence s'effectuer à double insu sans que le sujet et le thérapeute participant à l'étude ne connaissent l'appartenance des sujets randomisés aux groupes constitués (BATTISTA R.N. 1985). Le tirage au sort peut être individuel (pour une intervention individuelle) ou par groupe (pour une intervention collective). L'unité de tirage au sort est la plus petite unité d'intervention (BREART G. 1989). Ce protocole est le plus valide, mais il pose des problèmes : coût élevé, durée longue, groupes pas toujours représentatifs, perdus de vue, problèmes éthiques (BATTISTA R.N. 1985), (PINEAULT R. 1995). De plus, il n'est pas toujours possible de répartir les sujets au hasard.

- Protocole quasi-expérimental : l'intervention est contrôlée par l'investigateur mais la randomisation (le tirage au hasard) est impossible. On distingue les études ici-ailleurs et avant-après :

* Les études ici-ailleurs comparent deux groupes géographiquement distincts, un groupe exposé à l'intervention, et un groupe témoin qui ne l'est pas. Les problèmes des protocoles ici-ailleurs sont les mêmes que pour le protocole expérimental, ainsi que l'absence de contrôle des variables de confusion non identifiées par le chercheur, et l'absence d'insu (BATTISTA R.N. 1985).

* Les études avant-après concernent un groupe observé avant et après l'intervention (pré-test

et post-test) (BATTISTA R.N. 1985), (BREART G. 1989). Le problème est un effet de confusion de l'histoire (des événements importants non contrôlés survenant en même temps que l'intervention). Il est possible de faire plusieurs mesures avant et après le programme (séries chronologiques).

Il est possible de combiner les deux méthodes avant-après et ici-ailleurs : un groupe témoin peut aussi être observé avant et après l'intervention pour prendre en compte l'évolution spontanée hors du programme (effet de maturation, ou effets d'autres événements).

Les protocoles quasi-expérimentaux sont les plus valides lorsque la randomisation n'est pas possible, sous réserve d'une bonne analyse des risques de biais.

- Protocole pré-expérimental ou d'observation : l'investigateur ne contrôle pas l'intervention et ne peut randomiser. Les résultats de ce type d'études sont à interpréter avec prudence, car le risque de biais est ici très important. On distingue deux types d'études d'observation, qui toutes deux sont rétrospectives (BATTISTA R.N. 1985) : les études cas-témoins et les études transversales.

* Etudes cas-témoin : deux groupes sont constitués selon un état final et comparés en fonction de leur participation antérieure à l'intervention et à d'autres facteurs explicatifs. Les difficultés sont de constituer le groupe témoin et de contrôler les variables de confusion (BATTISTA R.N. 1985).

* Etudes transversales : il s'agit d'enquêtes dans une population où on mesure simultanément la participation à l'intervention et un état final (BATTISTA R.N. 1985).

Les études d'observation sont de réalisation rapide, peu coûteuses et ne posent pas de problèmes éthiques, mais leur validité est conditionnée par une bonne analyse des risques de biais.

3. Quelques résultats empiriques

Avant d'entamer les travaux proprement dit de cette étude, nous nous sommes interrogés sur les effets possibles d'une telle politique d'exemption de paiement. Il s'agissait de documenter tous ses effets afin d'adopter une démarche logique pour la conduite de l'étude.

La gratuité entraîne-t-elle une amélioration de l'accès aux centres de santé ?

Dans la revue de la littérature faite par Ridde et al en 2010, il a constaté que dans certains pays ayant des taux d'accouchements en milieu surveillé trop bas ont marqué une augmentation et un saut remarquable de l'utilisation après l'introduction de la politique de gratuité (Ridde & Meessen 2010).

La gratuité entraîne-t-elle une diminution des charges financières supportées par les ménages ?

En ce qui concerne la charge financière supportée par les ménages, la plupart des études menées à ce jour ont montré que l'exemption des paiements en général comme le rapporte Ridde, Robert & Meessen en 2010 a eu un impact généralement positif sur les dépenses des ménages. Les études ont également montré que le coût lié aux soins peut amener les ménages pauvres à s'appauvrir davantage (Borghini et al. 2006).

La gratuité influe-t-elle sur la qualité des soins ?

Une étude pilote réalisée par Steinhardt et al. (2011) en Afghanistan, a trouvé que la qualité observée et perçue dans les services, ne varie pas en fonction de la suppression des frais. Les enquêtes qualitatives ont pour leur part démontré que la qualité relationnelle avec les bénéficiaires reste défectueuse (FEM Health. 2014).

La gratuité influe-t-elle sur l'organisation des services au niveau des centres de santé ?

Parmi les effets potentiels de la gratuité sur les systèmes de santé, Ridde V. et Diarra A. (2009) évoquent l'augmentation massive de l'utilisation des services, provoquant une charge de travail plus lourde perçue par les professionnels de la santé.

Une autre étude faite au Burkina-Faso (Ridde V, Queuille L, Kafando Y. 2012) a montré que les prestataires de services cliniques manifestent leur satisfaction pour la prise en charge des femmes et leur mécontentement vis-à-vis de l'insuffisance et/ou de l'état du matériel médico-technique et l'augmentation de la charge du travail. Outre l'appréciation de la charge de travail par le personnel, il est admis qu'elle peut aussi entraîner des effets sur les délais d'attente. De Allegri et al (2011) ont d'ailleurs mentionné cet effet au Burkina Faso.

De plus, la demande accrue peut engendrer une pression sur les centres de santé, en l'absence d'autres réformes de mises en œuvre et de mesures d'accompagnements en termes de structures, de ressources humaines et de médicaments (Ridde et al. 2012).

La gratuité entraîne-t-elle d'autres effets que ceux attendus ?

Il est à noter qu'une politique de gratuité peut induire d'autres effets que ceux attendus (Steinhardt et al. 2011). En effet en Zambie, les professionnels de santé ont déclaré que l'exemption des frais, produit un gaspillage de ressources (Hadley, 2011).

4. Description de la politique de gratuité

4.1. Déclaration des mesures de gratuité

- Le conseil de ministres en sa séance du 2 Mars 2016 a annoncé des mesures de gratuité de soins au profit de la femme et de l'enfant de moins de cinq ans au Burkina Faso.
- Ces mesures ont pris effet à partir du 2 Avril 2016 dans 3 régions (Centre, Hauts Bassins, Sahel) ; puis généralisée à tous le pays dans les structures publiques et privées conventionnées à partir de juin 2016.
- L'objectif visé par ces mesures est d'accélérer la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile

4.2. Les domaines concernés

- La gratuité des accouchements et des césariennes
- La gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans
- La gratuité des soins pendant la grossesse
- La gratuité du dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein.

4.3. Les cibles bénéficiaires

- Les enfants de moins de cinq ans
- Les femmes enceintes
- Les femmes en post partum jusqu'à 42 jours après accouchement
- Les femmes vivant avec une fistule obstétricale
- Les femmes âgées de 25 à 55 ans (dépistage lésions précancéreuses du col de l'utérus)
- Les femmes âgées de 15 ans ou plus (examen physique des seins).

4.4. Les formations sanitaires concernées

Les formations sanitaires publiques de l'Etat et les formations sanitaires privées conventionnées sont concernées par ces mesures de gratuité.

En fonction du niveau, ces formations sanitaires doivent offrir gratuitement aux cibles éligibles les prestations éligibles.

4.5. Pathologies et prestations éligibles

4.5.1 Pour la Gratuité des soins chez l'enfant de moins de cinq ans

- Les pathologies en rapport avec la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Ce sont principalement le paludisme, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition aiguë et les affections néonatales ;

- Les crises aiguës de maladies chroniques par exemple la crise d'asthme, la crise de drépanocytose...
- Les principales urgences chirurgicales dont le traitement curatif est disponible dans nos centres de santé.
- NB : Ne seront pas pris en compte le traitement de fond des pathologies chroniques.

4.5.2 Pour la Gratuité de l'accouchement et de la césarienne

- Les accouchements simples et compliqués
- Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pendant la grossesse l'accouchement et jusqu'à 42 jours après l'accouchement ;
- Les soins curatifs essentiels disponibles dans les centres de santé contre les maladies survenant après l'accouchement jusqu'à 42 jours (par exemple traitement des infections urinaires, de la pneumonie....)
- Les césariennes et les laparotomies pour GEU et rupture utérine ;
- Les fistules obstétricales.

4.5.3 Pour la Gratuité des soins pendant la grossesse

- Les soins prénatals pendant la grossesse : fer, acide folique, tests urinaires, prévention du paludisme, VAT....
- Les soins curatifs essentiels disponibles dans les centres de santé contre les maladies survenant au cours de la grossesse (par exemple traitement des infections urinaires, de la pneumonie)
- Les soins curatifs urgents pendant la grossesse (crise d'HTA...)
- NB : Ne seront pas pris en compte le traitement de fonds de maladie chronique, les examens complémentaires préventifs (exemple de l'échographie systématique pendant la CPN), les investigations pointues par exemple pour recherche de malformation (analyse ADN). Sont également exclues les pathologies chirurgicales n'ayant pas de rapport direct avec la grossesse (par exemple les fractures)

4.5.4 Pour la Gratuité du dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, il s'agira du dépistage clinique du cancer du col et du sein

- La prévention et le traitement in situ des lésions précancéreuses du col de l'utérus. La tranche d'âge concernée est de 25 à 55 ans, chez toute femme en activité sexuelle
- La palpation systématique des seins de toute patiente admise dans les centres de santé, ce après un consentement de la patiente

- NB : Le dépistage du cancer du sein ne pourra se faire que dans un contexte où l'offre de service de traitement est disponible. Quand le résultat de l'examen est positif, cela nécessite un traitement : chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie. Cette activité pourrait commencer en 2017

4.6. Les dépenses éligibles

Pour chaque pathologie ou prestation, les dépenses éligibles sont :

- Les frais des actes de consultation
- Les frais des actes médicaux et d'intervention chirurgicale
- Les frais d'hospitalisation
- Les frais des médicaments et consommables médicaux
- Les frais des examens complémentaires
- Les frais pour les évacuations sanitaires

4.7. Mécanisme de gestion

Paiement des biens et services éligibles

- Création de compte spécial public « gratuité des soins » pour chaque DS, CHR, CHU
- Les fonds seront virés directement dans ces comptes spécifiques par la DAF/ santé selon un rythme régulier, 2 mois.
- Les directions centrales et les DRS recevront de la DAF une copie du virement bancaire
- Les CHR et CHU à leur tour vont mouvementer ces comptes pour payer les coûts des biens et services éligibles (mécanisme de tiers payant)
- Une clé de répartition des fonds selon le niveau est disponible

4.8. Suivi, évaluation

- Le suivi de la mise en œuvre des mesures de gratuité se fera à tous les niveaux du système de santé.
- Au niveau central, une équipe mixte (MS, MINEFID, PTF et acteurs de la société civile) se chargera du suivi. L'équipe de suivi a pour mission principale d'aider les acteurs opérationnels à résoudre les difficultés.
- Evaluation indépendante tous les 2 ans (Décret portant gratuité des soins 2016).

CHAPITRE II. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Objectifs de l'étude

- Objectifs général

Evaluer le processus, les ressources et les résultats à court terme de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso.

- Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'est agi de :

- Décrire le processus de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins ;
- Apprécier le niveau de connaissance des agents de santé et des bénéficiaires sur la politique de gratuité des soins ;
- Apprécier le niveau d'adhésion et d'acceptation des prestataires et des bénéficiaires à la politique de gratuité des soins ;
- Apprécier le niveau de satisfaction des bénéficiaires et des prestataires de la politique de gratuité des soins ;
- Apprécier la disponibilité des ressources ;
- Apprécier la diffusion des guides/documents d'orientation sur la gratuité dans les centres de santé ;
- Apprécier le niveau d'atteinte des résultats à court terme ;
- Faire des Suggestions/recommandations/propositions pour améliorer l'application des directives de mise en œuvre de la gratuité des soins et pour une pérennisation de la politique.

2. Questions de recherche

- La politique de gratuité de soins est-elle connue et comprise des usagers et des prestataires des centres de santé ?
- La gratuité des soins est – elle effective sur le terrain ?
- La politique de gratuité des soins est-elle correctement appliquée sur le terrain ?
- La politique de gratuité des soins obtient-elle l'adhésion, l'acceptation et l'implication des prestataires dans les centres de santé ?
- La politique de gratuité des soins obtient-elle l'adhésion et l'acceptation des bénéficiaires dans les centres de santé ?

- Les bénéficiaires et les prestataires sont – ils satisfaits de la mise en œuvre de cette politique ?
- Y a-t-il une adéquation entre les ressources allouées pour la mise en œuvre de la gratuité et les activités à réaliser ?
- Les résultats à court terme sont-ils satisfaisants ?

CHAPITRE III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Cadre de l'étude

Cette étude s'est réalisée dans les structures sanitaires publiques de soin du niveau périphérique de l'organisation du système de soin dans la région du centre – ouest.

1.1. Organisation du système de santé au Burkina Faso

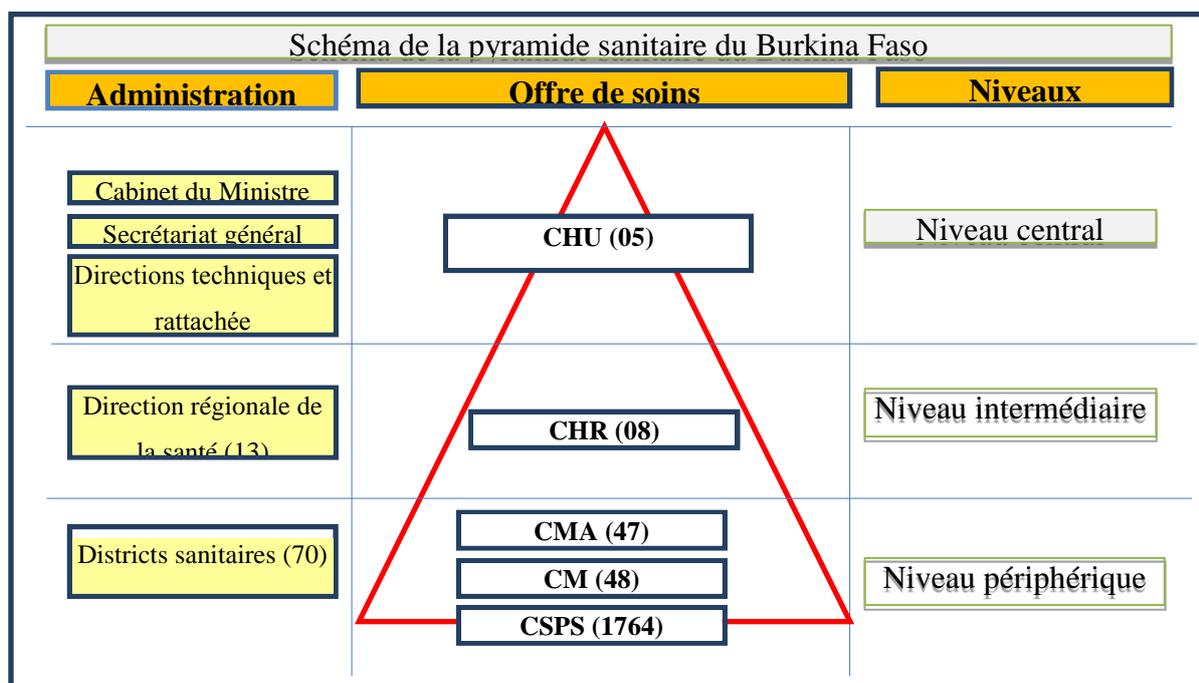


Figure 1 : Organisation du système de santé au Burkina Faso

Les structures de base sont les CSPS et les CM qui offrent le paquet minimum d'activités (PMA), et les CMA sont les structures de référence du premier niveau avec le paquet complémentaire d'activités (PCA). Les CHR servent de référence au niveau intermédiaire et les CHU de référence pour le niveau central.

1.2. Organisation de la région sanitaire du centre-ouest

Conformément à l'arrêté N° 2014-011/MS/CAB du 13/01/2014, portant organisation, attribution et fonctionnement des structures déconcentrées du Ministère de la santé, la DRS est organisée administrativement en sept services internes et sept externes (les DS) (Décision 2014 portant organisation de la DRS centre-ouest).

Les services internes comprennent :

- un secrétariat ;
- un service administratif et financier (SAF) ;

- un service de lutte contre la maladie et de protection des groupes spécifiques (SLMPGS) ;
- un service de la pharmacie, du laboratoire, de la médecine et pharmacopée traditionnelles et du matériel médico-technique (SPLM) ;
- un service de la promotion de la santé (SPS) ;
- un service de gestion des ressources humaines (SGRH) ;
- et un service des infrastructures, de l'équipement et de la maintenance (SIEM).

Les services externes représentés par les sept DS (Koudougou, Léo, Nanoro, Réo, Sabou, Sapouy, Ténado) dont deux créés en 2011 (Sabou et Ténado) sont dans un processus d'opérationnalisation depuis 2015.

Chaque service est organisé en bureaux.

Quant à l'organisation technique des structures de soins, elle comprend :

- Le premier niveau avec deux échelons :
 - o le premier échelon constitué par 159 CSPS et 7 CM, 15 dispensaires et 4 maternités isolés
 - o et le second échelon constitué par 3 CMA : Léo, Nanoro et Sapouy
- Le deuxième niveau représenté par le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Koudougou.

En plus de ces structures de santé, la région dispose d'un Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS), d'un Office Régional de Santé des Travailleurs (OST) et des structures privées de soins (CMA, CM, autres)

La DRS est l'organe de coordination de l'ensemble de ces structures.

2. Type d'étude et Période d'étude

Nous avons conduit une étude transversale suivant une approche qualitative.

La période concernée par l'enquête est celle du 25 novembre au 24 décembre 2016. Cette période va du 1er juin 2016, date de début de la gratuité des soins au jour de l'enquête.

3. Population d'étude

L'étude a concerné les acteurs impliqués ou qui devraient être impliqués dans la mise en œuvre de la gratuité des soins de même que les bénéficiaires directs et indirects de cette politique. Il s'agit précisément :

- des responsables des centres de santé concernés ;
- des agents de santé prescripteurs de médicaments ou administrant les soins exerçant dans les unités qui offrent des services à la cible de la gratuité des soins ;
- des responsables de gestion logistique (médicaments et autres intrants) ;

- des gestionnaires des ressources financières ;
- des femmes enceintes ou dans le postpartum ou postabortum
- des personnes ayant en charge (parents ou tuteurs) des enfants de moins de cinq ans.

4. Echantillonnage

Les personnes interviewées ont été choisies selon la catégorie professionnelle et la fonction et en visant la saturation de l'information.

5. Critères d'inclusions

Il s'agit des agents/ personnes présentes dans la structures au moment du passage de l'enquêteur.

6. Concepts/Variables de l'étude

Les concepts/variables abordés ont été organisés par thèmes, sous thèmes et niveaux comme présenté dans le tableaux suivant.

Tableau I : Variables de l'étude

THEME	SOUS THEME	NIVEAU
Appréciation des ressources	Ressources humaines	Disponibilité
		Formation
		Motivation
	Normes	
	Ressources matérielles	
	Ressources financières	
Les activités et produits (extrants)	Orientation des acteurs	
	Dotation en ressources financières	
	Effectivité de la gratuité des prescriptions et acte	Consultation
		médicaments
		Hospitalisation
		Examens
		Références
	Sensibilisation de la population sur la gratuité des soins	
Suivi-évaluation de la mise		

	en œuvre	
Les résultats de la mise en œuvre	Disponibilité des médicaments et consommables	
	Accessibilité et rapidité aux soins	
	Rapidité de la prise en charge	
	Utilisation/Fréquentation des services	
	Satisfaction des bénéficiaire/prestataire	Satisfaction des bénéficiaires
		Satisfaction des prestataires
	Motivation des prestataires	
L'acceptation et adhésion à la politique	Acception/adhésion de la population	
	Acception/adhésion et implication des prestataires	
Niveau de connaissance sur la politique		Déjà entendu parler avant de venir dans le centre de santé
	Niveau de connaissance de la population	Notion sur la gratuité des soins et conditions à remplir pour bénéficier
	Niveau de connaissance des prestataires	notion sur la politique, justification et bénéficiaires Date de début de mise en œuvre et zones concernées
Appréciation des bénéficiaires sur la mise en œuvre de la politique	Effectivité	
	Dysfonctionnement	
	Avantages	
	Inconvénients	
Avis des prestataires sur la politique de gratuité des soins		

Suggestions	Suggestions des prestataires	
	Suggestions des bénéficiaires	

7. Collecte des données : sources, techniques et outils, processus de collecte

- Sources d'informations : personnes informatrices.
- Techniques : nous avons réalisé des entretiens semiestructurés et des extractions de données à travers une revue documentaire.
- Outils : des guides d'entretiens semiestructurés (en annexe) ont été élaborés pour la collecte de l'information.
- Collecte proprement dite :
 - Elle a eu lieu du 25 novembre au 24 décembre 2016.
 - Elle a été assurée par nous-même.
 - Une fois dans la structure à enquêter, le point des catégories de personnel ainsi que leur fonction a été faite.
 - L'entretien a été ainsi réalisé ciblant le maximum de catégorie et visant la saturation de l'information. Il en a été de même pour les bénéficiaires primaires et secondaires.
 - Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone et couplés à une prise de note.

8. Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été transcrits, traités et analysés manuellement à l'aide du logiciel excel dans sa version 2010. L'analyse a été thématique.

9. Considérations éthiques

Les entretiens ont été réalisés après optention du consentement éclairé de l'enquêté. Des autorisations de collecte d'informations ont été aussi obtenues au niveau des structures (voir annexe).

L'anonymat, la confidentialité des informations collectées ont été assurées tout au long de l'enquête à travers les codages etc.

L'étude pourrait contribuer au renforcement de la politique pour les populations cibles à travers les suggestions et recommandations à mettre en œuvre.

CHAPITRE IV. RESULTATS DE L'ETUDE

1. Présentation de l'échantillon

Les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Caractéristiques	Valeurs/Modalités	Nombre
<i>Type de Bénéficiaire</i>	Directes	07
	Indirectes	13
	Total	20
<i>Type de soins</i>	Ambulatoires	12
	Hospitalisés	08
<i>Service (unité, bureau) d'origine</i>	Maternité	07
	Pédiatrie	11
	Dispensaire	02
Profession/ Qualification des prestataires	Médecins	10
	Pharmaciens	05
	Attachés de santé en épidémiologie	02
	Infirmiers	07
	Sages femmes/ Maïeuticiens d'Etat	03
	Préparateur d'Etat en pharmacie	01
	Technologiste biomédical	01
	Gestionnaires des hôpitaux et des services de santé	03
	Total	32
	Médecins Chef de district (MCD)	07

Responsabilité des prestataires enquêtés	Responsables hospitalisation et qualité des soins	03
	Responsables pharmacie, médicaments et laboratoires	05
	Responsables CISSE	03
	Responsables administratif et financier	03
	Responsables d'unité de soins ou technique	04
	Infirmiers Chef de poste (ICP)	02
	Total	27
Ancienneté dans la profession des prestataires	Ancienneté compris entre 1 à 5 ans	18
	Ancienneté de plus de 5 ans	14
Ancienneté dans le poste des prestataires	Ancienneté de moins d'un an	04
	Ancienneté comprise entre 1 à 5 ans	27
	Ancienneté de plus de 5 ans	01
Type de structure de provenance des prestataires	CMA	10
	CM	19
	CSPS	03

2. Processus de mise en œuvre de la politique de gratuité des soins

Le processus de mise en œuvre de cette politique devrait comporter les étapes suivantes conformément au cadre logique (confère annexe). L'orientation des acteurs sur la politique, la dotation des ressources financières, l'offre des prestations aux bénéficiaires, la sensibilisation de la population et le suivi-évaluation.

2.1. Orientation des acteurs

L'orientation des agents de santé sur la gratuité des soins a été effective dans toutes les structures enquêtées avant le début de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

2.2. Dotation en ressources financières pour le remboursement des prescriptions et des actes

Toutes les structures enquêtées ont reçu la dotation initiale de ressources financières avant le début de la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

2.3. Effectivité de la gratuité des prescriptions et des actes

Toutes les personnes rencontrées ont bénéficié de la consultation, des hospitalisations et des examens gratuitement. Il a en été de même pour ceux qui ont eu besoin d'une référence

à un échelon supérieur. Par contre **4 personnes sur 20** ont bénéficié d'une gratuité partielle en médicaments du fait des ruptures. Les **16** autres ont bénéficié d'une gratuité totale.

2.4. Sensibilisation de la population sur la gratuité des soins

En termes de sensibilisation sur la politique, il y a des émissions radiophoniques qui ont été réalisées surtout au début pour sensibiliser la population. On a également noté des cas d'échanges directs avec les bénéficiaires surtout en cas de rupture et de longue file d'attente.

2.5. Suivi-évaluation de la mise en œuvre

En matière de suivi-évaluation nous avons noté 4 éléments essentiels :

- L'élaboration et transmission chaque semaine du THLO gratuité ;
- L'élaboration et transmission du rapport mensuel de la gratuité des soins pour analyse et appréciation des indicateurs ;
- les enquêtes parfois ponctuelles auprès des bénéficiaires par les Responsables d'unité pour apprécier l'effectivité ;
- L'intégration des thèmes sur la gratuité des soins à l'occasion des supervisions intégrées et des contrôles de gestion.

3. disponibilité des ressources

3.1. Ressources humaines

- **Disponibilité en nombre** : toutes les **11** personnes qui se sont prononcées sur la disponibilité en nombre des ressources humaines ont trouvé qu'elle était insuffisante : Un d'entre eux, un infirmier chef de poste, en service avant la mise en œuvre de la gratuité a avancé ces propos : « *les normes minimales en personnel ne sont pas respectées, donc si un est absent l'autre ne dort pas* » ; et un autre prestataire a ajouté à propos : le « *nombre de personnel de santé est resté stable malgré l'augmentation de la charge de travail* ».

- **Formation** : presque tous les agents de santé rencontrés (**28/32**) ont bénéficié d'une orientation sur la politique de la gratuité avant le début de sa mise en œuvre. Seulement **quatre** personnes n'avaient pas bénéficié de cette orientation. **Trois** d'entre eux n'étaient pas concernés par la formation (Gestionnaire des hôpitaux) et **un** était en formation au moment des orientations.

- **Motivation** : Pour ce qui concerne la motivation, les appréciations sont assez divergentes.

Une partie des agents de santé rencontrés (**10/32**) ont trouvé qu'il n'y avait pas une forme de motivation spécifique. Certains d'entre eux avouaient : « *De façon spécifique il n'ya pas de motivation, parce que même avant la gratuité les gens avaient les ristournes* ». Pour un autre, en service depuis plus de 10 ans : « *Avec la gratuité il y a de l'affluence mais au finish* ».

rien n'a changé dans les conditions de vie des uns et des autres » ;

« A vrai dire les gens ne sont pas contents parce qu'ils avaient des petits trucs en bas avant qu'ils n'ont plus... Voilà pourquoi d'autres veulent saboter la gratuité et ils accueillent mal les gens, ils les insultent » ;

« J'ai envoyé moi même mon enfant dans un centre de santé, si tu vois comment on m'a ramassé parce que je ne me suis pas présenté ».

La majorité des agents de santé rencontrés (20/32) ont évoqué les Ristournes (prélèvement de 20% des prestations) comme source de motivation, mais ils ont émis beaucoup de réserves et relever des insuffisances de cette forme de motivation. Pour certains : *« C'est bon mais ce n'est pas arrivé vu la charge de travail » ;*

« En dehors des ristournes et les gens se plaignent que la charge de travail a augmenté et il n'y a rien ».

Pour d'autres, l'application n'est pas aisée : *« Difficiles a appliqué dans le contexte du FBR parce que les ressources de la tarification sont logées dans l'outil d'indice et il n'y a pas de liquidité du fait des retards de virement des ressources du FBR ».* D'autres membres des équipes cadres ont trouvé que les ristournes ne sont pas satisfaisantes surtout pour les CSPS : *« On a évoqué les ristournes mais à l'échelle d'un CSPS ça ne vaut rien » ;*

« Il faut des moyens d'accompagnement parce que les ristournes ne résolvent pas le problème ».

Par contre il y a une personne rencontrée qui travaille dans un CM depuis trois ans, qui venait de bénéficier de ses ristournes et qui les a trouvé en nette augmentation : *« Ristournes ont augmenté cette fois ci au niveau du CM, j'ai perçu une augmentation pouvant atteindre 25% ».*

Il y a également d'autres (2/32) qui ont trouvé qu'avec l'affluence, il y aura une augmentation des indicateurs qui seront payés conséquemment dans le cadre du FBR.

3.2. Guides/documents d'orientation sur la mise en œuvre de la politique

La majorité des personnes rencontrées (16/32) a avoué avoir reçu ces documents en version électronique après la formation (arrêté/décret en cours d'élaboration) et elle a trouvé que ces documents n'étaient pas disponibles dans les services et les FS. Elle avouait que : *« les moyens n'ont pas suivi pour la vulgarisation de ces documents ».*

Une partie d'entre elle (6/32) a trouvé que ces documents étaient disponibles et accessibles : *« Décret a été imprimé et remis aux FS et on a demandé aux agents d'afficher »*

Certaines (7/32) par contre ont avoué n'avoir pas connaissance de ces documents et

pour elles : *« on gagnerait à travailler sur ces textes pour que ça sert de guide »*

3.3. Ressources matérielles

Presque toutes les personnes rencontrées (27/32) ont trouvé que les ressources matérielles mises à leur disposition étaient insuffisantes. Elles ont signalé des ruptures fréquentes d'ordonnanciers, souvent des carnets de santé et des billets de sorties. Selon elles : *« Il y a un sérieux problème sur la disponibilité en nombre des ordonnanciers ; occasionnant beaucoup de dépense pour les FS et ça alourdit le travail » ;*

« Les outils viennent à compte-goutte on est obligé de photocopier ».

Il y a une personne par contre qui a trouvé que ces ressources étaient disponibles.

3.4. Ressources financières

Plus de la moitié des personnes rencontrées (18/32) a trouvé que les ressources financières arrivaient en retard (n'étaient pas disponibles au temps opportun). Pour certaines : *« Il y a au moins deux ou trois FS qui épuisaient leurs ressources et fonctionnaient sur fonds propre ou à crédit pour l'achat des MEG avant de nouveaux virements » ;*

D'autres d'ajouter : *« Les ressources financières ne suivent pas ; on a en ce moment deux mois d'arriéré et on commande les médicaments à crédit et quand les ressources viennent ça ne couvre pas les dépenses » ;*

« On craint de tomber dans la même situation que la subvention des SONU où on a fini avec beaucoup de crédit » ;

Pour d'autres : *« C'était plutôt un système de remboursement du fait de l'arrivée tardive des ressources et ces remboursements ne sont pas en fonction des prestations réalisées » ;*

« Il y a une FS qui a reçu un seul chèque jusqu'à présent (après 5 mois de mise en œuvre) ; avant il pouvait faire des commandes de un million maintenant elle ne peut plus faire une commande de 200 000 F CFA ».

Une bonne partie d'entre elles (7/32) a également trouvé que les chèques ne couvraient pas les besoins. Pour eux : *« Ce n'est pas bien structuré ; il y a d'autres qui gagnent plus et d'autres moins ; on ne tient pas compte des rapports ».*

Certaines (4/32) par contre ont trouvé qu'il n'y avait pas de problème, les ressources financières étaient disponibles.

4. Niveau de connaissance des agents de santé sur la politique de gratuité des soins

Tous les agents de santé rencontrés maîtrisaient les cibles et connaissaient les dates de

début et les zones concernées. Ils justifiaient la pertinence de cette politique par les points suivants :

- Réduction des barrières financières dans l'accessibilité aux soins (surtout dans un contexte de pauvreté) : **20/32** ;
- Réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile : **8/32** ;
- Vulnérabilité de la cible : **6/32** ;
- Raisons politiques **3/32** : « *Vu la rapidité dans la mise en œuvre, il y a des raisons politiques. En plus c'était à l'approche des élections municipales donc ça incite à voter et ça fait partie des projets de société* » nous relate un des interviewés.

Pour un autre d'entre eux : « *Avec les remous politiques qu'a connu le pays, il fallait une telle politique pour apaiser les cœurs et éviter tout ce qui à amener les gens dehors* ».

5. Niveau de connaissance des bénéficiaires sur la politique de gratuité des soins

Sur les **20 bénéficiaires** interviewés, les **19** avaient déjà entendu parler de la politique avant d'arriver dans le centre de santé, seulement **une personne** avouait n'en avoir pas déjà entendu parler.

Pour ce qui est des notions sur la gratuité des soins et des conditions à remplir pour en bénéficier, **17** connaissaient en quoi consiste la politique (prise en charge gratuite...) ; il y a **une personne** qui trouvait qu'après l'accouchement on s'occupe de l'enfant jusqu'à deux mois et **deux personnes** qui n'ont pas du tout de connaissance sur la politique dont **une** n'avait pas entendu parler.

Sur les **20 bénéficiaires** interviewés **dix** avaient une bonne connaissance de la cible ; **neuf** ont trouvé que ça concernait seulement les enfants et **un** d'entre eux a trouvé que les vieillards aussi en bénéficiaient.

6. Adhésion et acceptation des prestataires et des bénéficiaires à la politique de gratuité des soins

6.1. Adhésion et acceptation des bénéficiaires

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé que la population a bien accueilli et adhère à la politique. Ils avouaient : « *Il n'y a pas encore eu des cas de réticence* » ;

« *La politique est très bien appréciée et acceptée* » ;

« *Il y a une forte adhésion en témoigne l'affluence et la forte consommation des produits pharmaceutiques* ».

6.2 Adhésion/acceptation et implication des prestataires

La grande majorité des personnes rencontrées (**19/32**) a trouvé que les prestataires ont

accepté et adhéré et se sont impliqués dans la mise en œuvre ; mais elle se plaint de l'augmentation de la charge de travail et déplore l'insuffisance de motivation.

D'autres (9/32) par contre ont trouvé que les prestataires n'ont pas le choix ; parce que c'est une mesure gouvernementale, on doit la mettre en œuvre. Certaines d'entre elles avançaient les propos suivants : *« Ce n'est pas évident ce qu'on attend ; d'autres auraient souhaité ne pas rentrer s'ils avaient le choix parce qu'il y a beaucoup d'insuffisances (insuffisance en nombre de personnel et de motivation) mais au delà ils mettent en œuvre la politique et quoi que l'on dise ça arrange tout le monde »*.

7. Satisfaction des bénéficiaires et des prestataires de la politique de gratuité des soins

7.1. Satisfaction des bénéficiaires

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé que les bénéficiaires étaient très satisfaits de cette politique. Pour elles : *« Les femmes n'ont plus besoins d'attendre leurs maris avant de venir en consultation »*.

Il y a d'autres qui ont trouvé que certaines sont parfois mécontentes du fait des longues files d'attente et des cas de rupture de médicaments parce qu'en venant elles n'ont pas prévu déboursier de l'argent.

7.2. Satisfaction des prestataires

Nous avons noté une appréciation assez divergente de la satisfaction des prestataires.

Pour beaucoup entre eux (13/32), les prestataires sont satisfaits. Ils avançaient les raisons suivantes : *« La satisfaction de nos patients c'est notre satisfaction »* ;

« La satisfaction est morale du fait de soulager le malade » ;

« On est satisfait parce que tout le monde en profite ; les demandes de soutien des proches vont diminuer » ;

« La gratuité vient faciliter le travail avant il faut payer des médicaments et les malades n'ont rien ».

Certains (6/32) ont trouvé que la satisfaction était moyenne : *« Du fait que les conditions de travail qui ne sont pas réunies (insuffisance de personnel et de matériel médico-technique) »* ;

« Peu satisfait du fait de l'augmentation de la charge de travail et on ne voit pas notre contre partie dans la gratuité » ;

« A écouté certains, ils souhaitent même l'arrêt de cette politique et d'autres pensent

que c'est une politique vouée à l'échec avec les retards dans les virements des ressources et beaucoup sont toujours septiques ».

D'autres (2/32) par contre ont trouvé que les agents de santé ne sont pas du tout satisfaits : *« Parce qu'on a mis les charrues avant les bœufs, Il devrait avoir un préalable avant la mise en œuvre » ;*

« Le personnel est mécontent du fait de l'absence de motivation, quand les gens travaillent c'est pour avoir de l'argent » ;

« Ils sont obligés de travailler toute la journée sans heures supplémentaires, ils signalent parfois des problèmes de santé comme des lombalgies ».

8. Atteinte des résultats de la mise en œuvre de la gratuité des soins à court terme

8.1. Disponibilité des médicaments et consommables

Nous avons noté une appréciation divergente de la disponibilité des médicaments et des consommables.

Une bonne partie d'entre eux (13/32) a trouvé que les médicaments étaient disponibles et accessibles avec quelques ruptures (satisfaisant avec un taux de 90%). Pour eux : *« d'une manière globale la disponibilité est satisfaisante parce qu'il y a des alternatives »*

Une bonne partie d'entre eux (10/32) également ont trouvé que la disponibilité était moyennement satisfaisante : *« Plus de rupture du fait de l'augmentation de la consommation ».*

Certains (6/32) par contre ont trouvé que la disponibilité n'était pas du tout satisfaisante de façon globale : *« Disponibilité des médicaments pose problème parce ce que 80 à 90% des FS ont connu des ruptures et les patients sont obligés de payer ».*

En demandant aux personnes rencontrées de noter cette disponibilité sur 20 nous avons obtenu **une moyenne de 11,25**. Ce qui signifie une disponibilité moyennement satisfaisante.

8.2. Accessibilité et rapidité aux soins

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé que l'accessibilité et la rapidité aux soins se sont beaucoup améliorées depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Pour elles : *« La réduction des cas de paludisme grave, d'anémie sévère et de grossesse avec complication observée est la preuve que la population fréquente les centres de santé pour le moindre mal » ;*

« Depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité, nous n'avons pas encore

enregistré de décès » : avançait un responsable d'une formation sanitaire.

Elles ont dénoncé toujours quelques cas de retards liés à d'autres raisons que la barrière financière. Au nombre de ces raisons nous avons noté les travaux champêtres, la forte adhérence de la population à la médecine traditionnelle. A ce sujet un interviewé réagissait : « *Beaucoup n'ont pas encore compris que ce n'est pas tout qu'on peut traiter traditionnellement* ».

8.3. Rapidité de la prise en charge

La majorité des personnes rencontrées (15/32) a trouvé que les retards dans la prise en charge ont augmenté depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité, lié à la forte affluence (augmentation du temps d'attente) pouvant affecté la qualité de la prise en charge. Elles avançaient les propos suivants : « *Surtout aggraver par l'insuffisance du nombre d'agents de santé (non respect des normes minimales en personnel)* » ;

« *Avec l'augmentation de la charge de travail, même la qualité de la prise en charge prend un coup : TDR paludisme pour tout le monde* » ;

« *L'impact sur la qualité de la prise en charge est perceptible lors de la vérification de la qualité dans le cadre du FBR* »

Une bonne partie d'entre elles (9/32) n'a pas trouvé de retards importants pouvant impactés la qualité de la prise en charge et pour elles : « *Avec la gratuité, on économise le temps que les patients allaient prendre pour aller chercher l'argent avant de revenir* » ;

« *Si on respecte la pyramide sanitaire et on met en œuvre les TETU, la PCIME, il n'y aura pas d'influence* » ;

« *Il y avait certaines FS où il n'y avait pas de fréquentation donc ça se normalise* ».

8.4. Utilisation/Fréquentation des services

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé une forte augmentation de la fréquentation depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité des soins et pour eux cela est perceptible au niveau des indicateurs : « *Cela se traduit par une diminution des accouchements à domicile* » ;

« *Depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité, nous avons toujours dépassé les 1000 consultants tous les mois (CSPS)* ».

9. Appréciation des bénéficiaires sur la mise en œuvre de la politique

Cette évaluation s'est faite autour des points suivants : l'effectivité de la politique, les dysfonctionnements, les avantages et les inconvénients.

Effectivité : toutes les personnes rencontrées ont trouvé que la politique était réellement effective sur le terrain. D'autres ont juste déploré parfois les ruptures de médicaments.

Dysfonctionnement : sur les **20** rencontrées, **16** n'ont pas trouvé de dysfonctionnement au stade actuel de la mise en œuvre de la politique. **Deux** d'entre elles qui ont trouvé comme dysfonctionnement les ruptures de médicaments **et deux** autres ont cité les longues files d'attente. Un d'entre elles évoquait : « *J'ai amené mon enfant à 8h et j'ai eu la consultation à 11h17* ».

Avantage : au nombre des avantages qui ont été cités nous pouvons retenir :

Presque toutes les personnes rencontrées (**17/20**) ont trouvé que la politique de gratuité des soins est une bonne chose parce que ça les soulage beaucoup : réduit les accidents pendant la grossesse, augmente la fréquentation des centres de santé, réduit les barrières financières, réduit la mortalité ; « *si tu arrives à l'hôpital et que l'argent que tu devais dépenser reste dans ta main, ça peut faire beaucoup de chose* » : nous relatait un des interviewés.

Il y a une personne qui a trouvé que c'est pour permettre au président de se maintenir au pouvoir.

Inconvénients : Toutes les personnes rencontrées ont trouvé qu'il n'y a pas d'inconvénients pouvant être liés à une telle politique.

10. Avis des prestataires sur la politique de gratuité des soins

La grande majorité des prestataires rencontrées (**24/32**) a trouvé que c'est une bonne politique à encourager, qu'il faut travailler à pérenniser et si c'était à reprendre il faudrait y aller mais qu'il faut travailler à renforcer pour lever les difficultés : « *Si cette politique n'existait pas il fallait la créer, en tant que prestataire pour une histoire de 500 F CFA on est parfois obligé de mettre la main dans la poche* » ;

« *On a vu des femmes mourir parce qu'elles n'arrivaient pas à honorer les 20% de la subvention SONU ; elles préfèrent accoucher à domicile parce qu'elles n'ont pas les 900 F CFA donc j'apprécie positivement cette politique* » ;

« *Nous les praticiens on est à l'aise pour prendre en charge les patients avec la gratuité; avant il fallait prescrire les parents vont aller chercher de l'argent par exemple aller vendre un animal avant de revenir ; mais maintenant en quelques minutes ce problème est résolu* » ;

« *Avant ce qu'on vit habituellement avant d'amener les enfants à l'hôpital il faut que les femmes prennent l'avis de leurs maris et tout cela était lié à la barrières financières* ».

Il y a quelques unes (**3/32**) qui ont trouvé qu'il fallait limiter la gratuité aux urgences et pour tout le monde. Pour elles : « *Il fallait mettre en place des kits d'urgence et dès que l'urgence est levée il paye parce que les bénéficiaires font la navette des centres de santé donc*

ne prennent pas la gratuité au sérieux » ;

« En tant que praticien j'aurai aimé que l'on priorise la gratuité de la prise en charge des urgences pour tout le monde et en fonction des moyens on verra si on va en venir à la gratuité spécifiquement pour cette cible » ;

Une partie d'entre eux (7/32) a trouvé que la politique n'a pas été suffisamment murie, planifiée avant son démarrage. Selon elles : *« les outils de base notamment les ordonnanciers sont en rupture de même que les médicaments surtout spécifique ; on devrait faire le point des médicaments spécifiques et voir les possibilités d'acquisition avec la CAMEG avant le démarrage » ;*

« 1. La base n'a pas été préparée avant le début de la mise en œuvre de la politique. 2. La rapidité dans la mise en œuvre n'était pas très opportune. 3. Il fallait aller de façon progressive d'abord avec les enfants de 0 à 5 ans pour s'assurer de l'adhésion du personnel. 4. Il fallait s'assurer de l'adéquation entre les ressources humaines avant de démarrer » ;

« Il n'ya pas eu d'évaluation de la phase pilote donc trop de précipitation, ce qui me fortifie dans ma position que c'est une mesure politicienne ».

Quelques unes (4/32) ont trouvé qu'il fallait mettre en place un ticket modérateur ou la subvention : *« Le bénéficiaire devrait payer un %, 20% par exemple pour éviter la complaisance » ;*

« Il fallait penser à une contribution symbolique pour que les gens prennent au sérieux la gratuité. Par exemple juste payer la consultation et le reste sera gratuit » ;

« Je pense personnellement que pour les médicaments qui sortent dans le cadre de cette gratuité, la moitié n'est pas utilisée et c'est une perte » : nous signalait un d'entre elles ;

« Aujourd'hui il n'y a pas une famille où il n'y a pas de sachet de médicaments » ;

« La subvention serait meilleure parce que si c'est gratuit de fois, les gens mêmes doutent de la qualité ».

Une personne d'entre elles a trouvé qu'il fallait passer à l'assurance maladie universelle (AMU).

11. Suggestions

11.1. Suggestions des prestataires

11.1.1. Suggestions en lien avec la motivation

- Augmenter le salaire pour motiver davantage (5/32)
- Revoir certaines indemnités pour motiver davantage (astreintes, heures supplémentaires)

11.1.2. Suggestions en lien avec le renforcement des ressources

- Renforcer la disponibilité du personnel et leur compétence (17/32)
- Renforcer le plateau technique (matériel médico-technique, locaux et équipements) (7/32)
- Renforcer la disponibilité des médicaments et en outils de gestion (17/32) : « Avec la gratuité les patients viennent sans aucun sou »
- Décentraliser la reproduction des outils au niveau régional pour être plus opérationnel (2/32)
- Mettre la reproduction des outils dans le paquet d'activités des structures et les allouer les ressources conséquemment (2/32)
- Etendre la gamme des produits aux spécialités (2/32)
- Renforcer la disponibilité des ressources financières (8/32)
- Elaborer des directives et le dispatcher jusqu'aux FS
- Tenir compte des frais de tenu de compte dans le virement des ressources (2/32)
- Prévoir la supervision sur la gratuité par les équipes de coordination (5/32)

11.1.1. Suggestions en lien avec la sensibilisation de la population

- Renforcer la sensibilisation de la population pour éviter les dérives (7/32). Les raisons suivantes ont été évoquées :

« Il y a des patients qui font le tour des FS, rassemblent les médicaments et qu'ils déposent » ;

« On a reçu une femme et quelques temps après le mari a amené un grand sachet où il y avait beaucoup de médicaments » ;

« Les gens confondent gratuité et gaspillage » ;

- Renforcer la communication avec les agents de santé (2/32) : « parce qu'il y a d'autres qui veulent que ça s'arrête »

11.2. Suggestions des bénéficiaires

- Renforcer la disponibilité des médicaments (4/20)
- Sensibiliser la population pour qu'elle comprenne davantage la politique

CHAPITRE V. DISCUSSION ET ANALYSES

1. Limites de l'étude

L'un des biais de cette étude concerne l'influence du discours des acteurs par l'enquêteur. En effet, malgré toutes les précautions prises pour minimiser ce biais, il est certain qu'il existe.

La contrainte de temps pourrait constituer une limite de cette étude. Cette étude reste exploratoire basée sur une enquête qualitative. Il pourra être intéressant de l'associer à d'autres recherches permettant d'objectiver les conclusions.

2. Le processus

Les activités dans le cadre de la politique de gratuité des soins doivent être réalisées selon la logique décrite dans le cadre logique (confère Annexe I). Toutes les activités ainsi décrites étaient réalisées sur le terrain :

- Orienter les prestataires sur la politique de gratuité des soins
- Prendre en charge les cas
- Assurer une disponibilité continue en médicaments
- Virer des fonds aux centres de santé
- Rendre disponible les outils de prise en charge et de gestion
- Rendre disponible guide/documents de mise en œuvre de la gratuité
- Assurer le suivi de la mise en œuvre
- Sensibiliser la population sur la politique de gratuité des soins

Par conséquent nous pouvons retenir que la politique est bien appliquée sur le terrain.

En demandant aux personnes interviewées de donner leur avis personnel sur cette politique, une bonne partie d'entre elles a trouvé que la politique n'a pas été suffisamment murie, planifier avant son démarrage et plusieurs raisons ont été évoquées. En effet il n'y a

pas eu de concertation avec les principaux acteurs de la mise en œuvre de la politique avant le début. Entre l'annonce officielle de la politique en conseil des ministres et le début de la phase pilote, il n'y a eu que deux mois. Cette phase pilote qui a duré deux mois n'a pas été évaluée avant le passage à grande échelle. Cette phase devrait en effet servir de tremplin, permettre d'apprécier notamment l'adéquation entre les ressources disponibles et les activités à réaliser. Cette même analyse a été faite par l'équipe du SERSAP : *« la mise en œuvre de cette initiative n'a pas tiré les principaux enseignements des évidences scientifiques déjà connues au Burkina Faso et dans d'autres pays dans la mise en œuvre de l'exemption de paiement des soins. Les problèmes relevés dans le bilan ainsi que dans d'autres études étaient largement connus au moment du lancement de l'initiative en avril 2016. La prise en compte de ces évidences auraient permis d'envisager des mesures d'anticipation plutôt que de chercher à documenter ces problèmes déjà largement documentés. C'est le cas par exemple de la rupture des médicaments, les questions liées à la 'surcharge' et à la motivation du personnel, l'implication effective du personnel dans la mise en œuvre de l'initiative, les questions de pérennité etc »* (SERSAP, février 2017). Ainsi nous pouvons retenir que le processus de mise en œuvre n'a pas été inclusif. Par contre il a été compris par tous les acteurs puisqu'ils ont tous été orientés sur le processus de mise en œuvre et leur niveau de connaissance sur la politique a été jugée satisfaisant dans cette même étude.

Cela s'est traduit par une effectivité de la gratuité des soins sur le terrain. En effet, tous les bénéficiaires rencontrés ont trouvé que la politique était réellement effective sur le terrain. En outre toutes ces personnes ont bénéficié de la consultation, des hospitalisations et des examens gratuitement. Il en a été de même pour celles qui ont eu besoin d'une référence à un échelon supérieur. Seulement **4 personnes sur 20** ont bénéficié d'une gratuité partielle en médicaments du fait des ruptures. Les **16** autres en ont bénéficiés d'une gratuité totale. Dans le premier contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins dans la région du centre-ouest en septembre 2016, dans 44 FS de la région contrôlées, il est ressorti que dans 92,04% des ordonnances médicales, tous les produits ont été honorés. Il n'y a pas eu également de patients ayant payés à tort des médicaments (ONG Help, 2015). Toujours dans le même rapport, sur les 07 districts sanitaires de la région, le taux d'effectivité de la gratuité des soins était de 100% dans 06 districts sanitaires. C'était seulement dans un district sanitaire où deux cas de paiement à tort ont été constatés (ONG Help, 2015).

3. Les ressources

3.1. Appréciation des ressources humaines

Tous les intervenants ont trouvé que les ressources humaines étaient insuffisantes en nombre, et pour preuve, les normes minimales en personnel ne sont pas respectées dans un certain nombre de FS. En effet, à la fin du quatrième trimestre 2016, à l'échelle de la région, sur les **159** FS, **33** ne remplissaient pas les normes minimales en personnel, c'est-à-dire avoir au moins trois agents soit un taux de 20,75%. Cet état de fait crée une surcharge de travail, surtout avec l'augmentation de la fréquentation. Cette surcharge de travail a été relevée par de nombreux agents de santé dans l'enquête réalisée par le SERSAP (SERSAP, Février 2017).

Parmi les effets potentiels de la gratuité sur les systèmes de santé, Ridde et al, (2009) évoquent l'augmentation massive de l'utilisation des services, provoquant une charge de travail plus lourde perçue par les professionnels de la santé. Dans nos sites d'études, le personnel de santé considère qu'elle s'est accrue avec la politique de gratuité des soins et qu'elle affecte la qualité des soins.

Nous pouvons retenir qu'il n'y a pas une adéquation entre la disponibilité en ressources humaines et les activités à réaliser. Cela se justifie par une insuffisance en ressources humaines. Cette insuffisance peut être en nombre ou une inégalité dans la répartition de cette ressource entre les différentes structures, ou les deux à la fois.

3.2. Guides/documents d'orientation sur la mise en œuvre de la politique

Pratiquement tous les agents ont eu connaissance des documents d'orientation lors la formation initiale sur la mise en œuvre, en version électronique. Au cours de ces formations, le décret et les arrêtés ministériels étaient toujours en cours de finalisation parce que n'étant pas signés. Pour certains des initiatives ont été prises, pour rendre disponible le décret dans les centres de santé en les affichant. Pour la majorité rien n'est fait dans ce sens parce que pour eux, les moyens n'ont pas suivi. Par conséquent dans la plupart des centres de santé il n'y avait pas de documents d'orientation à consulter sur place en cas de besoins. D'autres avouaient n'avoir pas connaissance de document officiel sur la politique. Nous pouvons retenir que même si des documents d'orientation sur la politique existaient, leur diffusion n'avait pas été suffisamment assurée et il n'y a apparemment pas eu de directive dans ce sens. Une évaluation similaire de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau de six provinces au Maroc avait relevé que plus de 87 % des personnes interviewées déclarent n'avoir pas reçu de document décrivant ou explicitant la gratuité ou de guide pour l'application de la politique (FEM Health, 2014). Cet état de fait pourrait ouvrir la voie à des erreurs dans la mise en œuvre liée à des incompréhensions de certains aspects. Il est ainsi ressorti lors de cette enquête parfois des doutes sur le terrain quant aux pathologies

éligibles. Et quand le problème se pose, la référence c'est le supérieur hiérarchique.

3.3. Ressources matérielles

Presque toutes les personnes rencontrées ont trouvé que les ressources matérielles mises à leur disposition étaient insuffisantes. Elles ont signalé des ruptures fréquentes d'ordonnanciers, souvent des carnets de santé et des billets de sorties. A cela s'ajoute l'insuffisance de matériel médico-technique souvent évoqué par le personnel. Cette faiblesse du plateau technique a été relevée dans l'enquête du SERSAP (SERSAP, février 2017) ; qui n'a pas connu d'amélioration au regard surtout de l'augmentation de la fréquentation. Nous pouvons donc conclure qu'il n'y a pas une adéquation entre les ressources matérielles mises à la disposition des acteurs et les activités à réaliser. Pour les outils de gestion, cette insuffisance peut être due à une insuffisance des ressources financières pour les rendre disponible ou une insuffisance du mécanisme de production et de diffusion de ces outils. Cette deuxième hypothèse nous semble plausible. En effet les outils sont produits au niveau central avant d'être diffusés à tous les niveaux. Cela pourrait engendrer des lourdeurs et il n'y a pas eu de mécanisme en termes de périodicité d'approvisionnement. En outre comme c'est un début de mise en œuvre, les prévisions des besoins des différentes structures peuvent ne pas correspondre à la réalité si l'approche n'a pas été factuelle. Tout cela pourrait occasionner des ruptures.

3.4. Ressources financières

La majorité des personnes interviewées ont trouvé que les ressources financières arrivaient en retard et certaines ont trouvé que ces ressources ne couvraient pas les besoins. Dans l'enquête du SERSAP, il est ressorti que certaines formations sanitaires connaissent également des retards dans le remboursement des dépenses effectuées au titre de la gratuité (SERSAP, février 2017). On pourrait ainsi dire qu'il n'y a pas d'adéquation entre les ressources financières et les activités à réaliser. En effet les ressources financières doivent être disponibles en quantité et dans le temps pour permettre le déroulement correct des activités. Sinon la politique peut prendre un coup. Selon le mécanisme de gestion, les ressources doivent être virées dans le compte de la structure, avant le début de la mise en œuvre et de façon continue tous les deux mois en fonction des prestations réalisées. Normalement les structures devraient avoir tout le temps de l'argent dans leur compte pour la mise en œuvre effective de la politique.

Si à entendre les uns et les autres le respect de cette périodicité n'est pas effectif et que les montants ne couvrent pas les besoins, cela pourrait amener à poser trois hypothèses. Soit

les ressources financières ne sont pas suffisamment disponibles ; soit ce dispositif mis en place n'est pas suffisamment opérationnel et rencontre des difficultés d'où les retard et enfin peut être que les acteurs sur le terrain n'arrivent pas à justifier toutes leurs prestations parce qu'ils ne maîtrisent pas bien le canevas de rapportage. Les deux dernières hypothèses nous semblent plus plausibles. En effet il est ressorti souvent des échanges dans cette enquête avec des membres des équipes cadres de district (ECD) des écarts entre le rapport de la gratuité des soins et le rapport du système national d'information sanitaire (SNIS) sur les éléments qui étaient sensés être la même chose. Les procédures parfois lourdes qu'il faut respecter dans la manipulation des ressources financières pourraient être à l'origine de retard si toute fois on n'est pas proactif à tous les niveaux.

4. Connaissance et adhésion des agents de santé

Comme nous l'avons déjà dit, tous les agents de santé avaient au cours de cette enquête, un niveau de connaissance satisfaisant sur cette politique.

La grande majorité des personnes rencontrées (**19/32**) ont trouvé que les prestataires ont accepté et adhéré et se sont impliqué dans la mise en œuvre et d'autres (**9/32**) même ont trouvé que les prestataires n'ont pas le choix ; parce que c'est une mesure gouvernementale. Mais ils ont noté que le personnel se plaint de l'augmentation de la charge de travail et déplore l'insuffisance de motivation.

Nous pouvons par conséquent conclure que les prestataires mettent tous en œuvre la politique et donc s'impliquent. Une bonne partie d'entre eux le font parce qu'ils se « reconnaissent » dans la politique donc adhèrent et l'acceptent. Par contre d'autres le font par simple respect de la hiérarchie.

5. Connaissance et adhésion des bénéficiaires

Sur les **20 bénéficiaires** interviewés, les **19** avaient déjà entendus parler de la politique avant d'arriver dans le centre de santé, **17** d'entre eux connaissaient en quoi consiste la politique et **dix** avaient une bonne connaissance de la cible.

Par conséquent nous pouvons conclure que la politique de gratuité des soins est bien connue et comprise des usagers des centres de santé.

Tous les prestataires rencontrés ont trouvé que la population a bien accueillie et adhère à la politique. De même les bénéficiaires l'ont manifesté en abordant les avantages de cette politique.

Nous pouvons par conséquent conclure que la population adhère bien à cette politique et l'a bien accepté.

6. Satisfaction des bénéficiaires et des prestataires

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé que les bénéficiaires étaient très satisfaits de cette politique malgré les quelques ruptures qu'on rencontre sur le terrain et parfois les longues files d'attente. Une enquête auprès de 850 bénéficiaires et 57 agents de santé réalisée par le SERSAP, confirme un niveau élevé de satisfaction des populations (SERSAP, février 2017). En outre, la plupart des bénéficiaires enquêtés étaient satisfaits des mesures de gratuité des soins, dans le premier rapport de contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins dans la région (ONG Help, 2015).

Nous pouvons ainsi conclure que les bénéficiaires sont satisfaits de la mise en œuvre actuelle de la politique.

En ce qui concerne les prestataires, ils sont également satisfaits de façon globale, mais ils déplorent l'insuffisance de motivation avec l'augmentation de la charge de travail et les difficultés dans la mise en œuvre notamment les retards de virement des ressources financières. Une autre étude faite au Burkina-Faso (Ridde V. et al. 2012) montre que les prestataires de services cliniques manifestent leur satisfaction pour la prise en charge des femmes et leur mécontentement vis-à-vis de l'insuffisance et/ou de l'état du matériel médico-technique et l'augmentation de la charge du travail. Il est vrai que la majorité des prestataires de soins, dans le cadre de notre étude, adhèrent à l'idée de soigner gratuitement les femmes. Nonobstant, on perçoit une démotivation, fruit d'une surcharge de travail ressentie par les prestataires. Cette surcharge perçue n'a pas été accompagnée par des primes de motivation du personnel. Dans la littérature, certaines études mentionnent que l'attitude (Burnham et al. 2004) et le moral des prestataires de soins semblent s'être détérioré avec la suppression des frais des soins (Kajula et al. 2004).

7. Atteinte des résultats

En mettant en œuvre cette politique de gratuité des soins, on s'attendait à cours termes à ce que les médicaments et les consommables soient suffisamment disponibles pour la prise en charge des malades. Entre autre qu'il y'ait une meilleure accessibilité et une rapidité des soins ; une rapidité dans la prise en charge et une meilleure utilisation/fréquentation des services.

7.1. Disponibilité des médicaments et consommables

Cette disponibilité a été jugée moyennement satisfaisante par les personnes rencontrées. En cas de rupture, des alternatives sont recherchées par les prestataires et c'est en l'absence de ces alternatives que les bénéficiaires payent le reste. Cette disponibilité gratuite

des médicaments et consommables pour les bénéficiaires était effective sur le terrain. En effet sur les 20 bénéficiaires rencontrés, 16 ont bénéficié d'une gratuité totale et quatre l'ont bénéficié partiellement. Dans le premier rapport de contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins dans la région, une bonne disponibilité des médicaments et des consommables a été constatée dans la plupart des formations sanitaires contrôlées pour le mois de Septembre 2016. Cependant, certaines FS ont connu des ruptures plus ou moins importantes (ONG Help, 2015). Nous pouvons par conséquent conclure que ce résultat est réalisé malgré les difficultés relevées sur le terrain.

7.2. Accessibilité et rapidité aux soins

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé que l'accessibilité et la rapidité aux soins se sont beaucoup améliorées depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité des soins. Cet objectif est atteint et de moins en moins les patients arrivent dans les centres de santé en état de gravité du fait de la réduction des barrières financières avec la gratuité.

7.3. Rapidité de la prise en charge

La majorité des personnes rencontrées ont trouvé que les retards dans la prise en charge ont augmenté depuis le début de la mise en œuvre de la politique. Cela pourrait se justifier aisément puisque nous avons trouvé plus haut qu'il n'y avait pas d'adéquation entre les ressources humaines et les activités à réaliser, surtout lié à la forte affluence qui a été constatée. Cela pourrait effectivement avoir pour conséquence comme l'a souligné certains intervenants sur la qualité de la prise en charge. En effet, outre l'augmentation de la charge de travail par le personnel, il est admis qu'elle peut aussi entraîner des effets sur les délais d'attente. De Allegri et al (2011) ont d'ailleurs mentionné cet effet au Burkina Faso. En conclusion la rapidité dans la prise en charge n'est pas une réalité au stade actuel de la mise en œuvre avec les ressources disponibles.

7.4. Utilisation/Fréquentation des services

Toutes les personnes rencontrées ont trouvé une forte augmentation de la fréquentation depuis le début de la mise en œuvre de la gratuité des soins. Cette utilisation des services s'est beaucoup améliorée avec la mise en œuvre de la gratuité des soins. Cela est une conséquence de la réduction des barrières financières avec cette politique. En effet la barrière financière constitue l'un des principaux facteurs limitant l'accès aux centres de santé dans nos pays. Dans la revue de la littérature faite par Ridde et Meessen, (2010), il a constaté que dans certains pays ayant des taux d'accouchements en milieu surveillé trop bas ont marqué une

augmentation et un saut remarquable de l'utilisation après l'introduction de la politique de gratuité.

CHAPITRE VI. RECOMMANDATIONS/PROPOSITIONS

Deux profils clés, les décideurs, et les prestataires de soins sont interpellés par les résultats de cette étude. À cet effet, un listing par profil a émergé :

Pour les décideurs : Renforcer les mesures accompagnantes de la politique de gratuité de soins, en attendant la mise en place de la couverture universelle.

- Faire un état des lieux du personnel à tous les niveaux pour évaluer la charge de travail et voir la possibilité de redéploiement et augmenter en effectif suffisant les ressources humaines ;
- Développer des initiatives de concert avec les prestataires pour les motiver davantage ;
- Renforcer la qualité des ressources humaines à travers les formations notamment en éthique et déontologie, en développement personnel et en communication interpersonnelle pour renforcer la qualité de leurs interactions relationnelles avec les bénéficiaires ;
- Faire un inventaire du matériel médico-technique, des locaux et des équipements et renforcer le plateau technique ;
- Revoir la politique de reproduction des outils ; soit décentraliser la reproduction des outils au niveau régional ou district sanitaire pour être plus opérationnel ; soit mettre la reproduction des outils dans le paquet d'activité des structures et leur allouer les ressources conséquemment ;
- Renforcer la sensibilisation de la population pour éviter les dérives. Au niveau des équipes cadres de district, faire des animations radiophoniques sur des thèmes liés à la gratuité des soins. Au niveau communautaire, ajouter dans le paquet d'activité des OBCe des théâtres fora, des causeries débats sur la gratuité ;
- Renforcer la communication avec les agents de santé, pour susciter leur adhésion ;

- Développer une stratégie pour une meilleure diffusion des guides/documents d'orientation ;
- Renforcer la disponibilité des ressources financières ;
- Faire un focus groupe avec les prestataires, contrôleurs et bénéficiaires pour débattre des problèmes liés à la gratuité.

Pour les prestataires de soins :

- Valoriser la qualité relationnelle de la prise en charge.

CONCLUSION

La politique de gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans initiée par le gouvernement burkinabè poursuit un objectif noble qui est la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En effet les statistiques montrent que cette morbi-mortalité demeure toujours une préoccupation majeure et la faible accessibilité au service de soins en est une des causes fondamentales. Ainsi pour y arriver il faudrait améliorer cette accessibilité en réduisant les facteurs limitant dont la barrière financière. Après quelques mois de mise en œuvre de cette politique, nous nous sommes proposés d'évaluer sa mise en œuvre. Il s'est agi d'apprécier l'utilisation des ressources, le processus de mise en œuvre et les résultats immédiats. Pour y arriver, un certain nombre de questions évaluatives ont été formulées afin de comprendre comment la politique a été appliquée, comprise, vécue, acceptée.

A l'issue de ce travail, nous pouvons retenir que la politique est bien connue et comprise des usagers et des prestataires des services de santé ; elle est bien effective et bien appliquée sur le terrain. En outre elle obtient l'adhésion et l'acceptation des bénéficiaires, ainsi qu'une bonne implication des prestataires. La politique a été jugée pertinente par les agents de santé et les bénéficiaires apprécient et sont satisfaits de sa mise en œuvre au stade actuel. La plupart des résultats à court termes ont été réalisés. Ainsi nous avons noté une disponibilité assez satisfaisante en médicaments, une forte augmentation de l'utilisation des services et une rapidité dans l'accessibilité aux soins. C'est-à-dire que de moins en moins les patients arrivent dans les centres de santé au stade de gravité. Par contre un retard dans la prise en charge a été constaté avec des longues files d'attente facilement perceptible dans les centres de santé, pouvant impacter la qualité des prestations. Cela est dû à la forte augmentation de la fréquentation des centres de santé et pourrait aussi s'expliquer par

l'inadéquation entre les ressources allouées pour la mise en œuvre de la politique, et les activités à réaliser qui a été démontrée dans cette étude. En plus le processus de mise en œuvre n'a pas été suffisamment inclusif, et n'a pas permis d'apprécier cette adéquation avant le début de la mise en œuvre. Après quelques mois de mise en œuvre, un certain nombre de difficultés ont été évoquées dans cette étude ; ce qui nous a conduit à faire des recommandations/propositions. Nous pensons que la prise en compte des ces propositions pourront contribuer à la pérennisation de cette politique au bénéfice de la population.

BIBLIOGRAPHIE

- **BATTISTA R.N., TREMBLAY J.** Méthodes d'évaluation. In : Dufresne J., Dumont F., Martin Y. (Eds). Traité d'anthropologie médicale. Québec : Presses de l'Université du Québec, 1985, p. 497-532.
- **BEAUDRY J.** L'évaluation de programme. In : Begin C. (Ed). Evaluation : un cadre conceptuel et une application au système de santé et de services sociaux. Québec : Université Laval, 1986, p. 391-415.
- **BORGI J. STORENG K T & FILLIPPI V.** Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. Studies in Health Services Organisation & policy, 2008, 25.
- **BREART G., BOUYER J.** L'évaluation, l'exemple de la périnatalogie. In : Brücker G. & Fassin D. (Eds). Santé publique. Paris : Ed. Marketing, 1989, p. 840-847.
- **BURNHAM G M et al.** Discontinuation of cost sharing in Uganda (Arrêt du partage des coûts en Ouganda), Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, Mars 2004, 82 (3) : p 187.
- **CARTE SANITAIRE 2007**, juillet 2008. Ministère de la santé du Burkina Faso. www.sante.gov.bf
- **CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., PINEAULT R.** Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. Rev. Epidem. et Santé Publ., 1985, 33, 173-181.
- **CONTANDRIOPOULOS A.P., CHAMPAGNE F., DENIS J.L., AVARGUES M.C.** L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. Rev. Epidem. et Santé Publ., 2000, 48, 517-539.
- **CRDSU.** L'évaluation de la politique de la Ville. Les Cahiers du CRDSU (Centre de Recherche sur le Développement Social Urbain), 1995, n°8, 44 p.

- **De ALLEGRI et al.** Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study rural Burkina Faso. *Health policy*, 2011, 99: 210-8.
- **De BROUWERE V. et W. VAN LERBERGHE, eds.** Réduire les risque de la maternité : stratégie et évidence scientifique. (SHSOP 18). 2011, ITG : Antwerpen.481.
- **DECISION N°2014-MS/RCOS/DRS** portant organisation, attributions et fonctionnement des services de la Direction Régionale de la Santé du Centre-Ouest. 9p.
- **DECRET PRESIDENTIEL N°2016-311/PRES/PM/MS/MATDSI/MINEFID** du 29 avril 2016 portant gratuité de soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso. www.sante.gov.bf
- **DEROSIERS H. & coll.** Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes. Application en promotion de la santé et en toxicomanie. Montréal : Gouvernement du Québec, 1998, 130 p. + fiches techniques.
- **FEM Health.** Evaluation de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau de six provinces au Maroc. Nouveaux outils, nouvelles connaissances. Avril 2014. www.abdn.ac.uk/femhealth
- **GAUDREAU L., LACELLE N.** Manuel d'évaluation participative et négociée. Montréal : Université du Québec - Service aux collectivités, 1999, 4 cahiers, 29+42+14+38 p.
- **HADLEY M.** Does increase in utilization rates alone indicate the success of a user fee removal policy? A qualitative study from Zambia. *Health policy*, 2011, 103: 244-54.
- **INITIATIVE CONSEIL INTERNATIONAL (ICI).** Analyse de la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français MUSKOKA au Burkina - Faso. Rapport final. Déc. 2012. Site web : www.ici-burkina.com.
- **INSD (Burkina Faso) :** Enquête multisectorielle continue (EMC) 2014. Profil de pauvreté et d'inégalité. Novembre 2015. 90p.
- **INSD (Burkina Faso) :** Enquête Démographique et de Santé et Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010. Avril 2012. 527p.
- **INSERM (expertise collective).** Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris, Editions Inserm, 2001, 247 p.
- **KAJULA PW et al.** Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004. 19(S1): p133-53.
- **MS (Burkina Faso) : Compte de la santé.** Comptes globaux. Dépenses de santé du Paludisme, VIH/SIDA, de la Tuberculose et de la Santé de la Reproduction. Année 2011 et

2012. Décembre 2013.

- **NATIONS UNIES** : Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Rapport 2015. 75p.
- **ONG Help** : Rapport de contrôle de l'effectivité de la gratuité des soins de santé de la région du centre-ouest : septembre 2016. Ministère de santé du Burkina Faso. www.sante.gov.bf
- **PINEAULT R., DAVELUY C.** La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Editions nouvelles, 1995, 480 p.
- **RICHARD F., S. WITTER, ET V. DE BROUWERE, eds.** Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources (SHSOP 25). Studies in Health Service Organisation & Policy. 2008. ITG Press : Antwerp. 344.
- **RIDDE V., S. KOUANDA, N. MEDA, A. BADO et Y. KAFANDO.** La subvention des accouchements et la réduction des dépenses de santé. Nécessaire mais pas suffisante. 2010. IRSS-CNRST Burkina Faso. CRCHUM/UdeM Canada : Ouagadougou.
- **RIDDE V., S. KOUANDA, M. YAOGO.** La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso. Programme « Abolition du paiement ». Note d'information n°2 nov. 2010.
- **RIDDE V. QUEUILLE L. KAFANDO Y.** Capitalisation de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'ouest. CRCHUM/HELP/ECHO, 2012 ; 109-26.
- **RIDDE V. DIARRA A.** A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). BMC Health Services Research, 2009, 9 (89).
- **RIDDE V. ROBERT E. MEESSEN B.** Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé. World Health Organization (WHO) [Geneva], 2010.
- **RIDDE V. et al.** Transversal analysis of public policies on user fee exemptions in six west african countries. BMC health services research, 2012, 12:409.
- **SERSAP** : Le Burkina Faso à l'épreuve de la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans et chez les femmes en âge de procréer. Bulletin d'information de la Société d'ETUDES et de Recherche en Sante Publique (SERSAP). N° 02, Février 2017. www.sersap.org.
- **SNU (Système des Nations Unies)** : Rapport annuel 2014 du PNUD Burkina Faso. Mars 2015

- **STEINHARD LC et al.** Removing user fees for basic health services: a pilot study and national roll-out in Afghanistan. Health policy and planning, 2011 Nov; 26 Suppl 2: ii 92-103.
- **UNICEF** : Analyse initiale de la situation de la santé maternelle et néonatale et infantile (SMNI) dans le cadre des fonds français MUSKOKA au Burkina Faso. Rapport final. Déc. 2012. 50p.

ANNEXES

Annexes

Sommaire des annexes

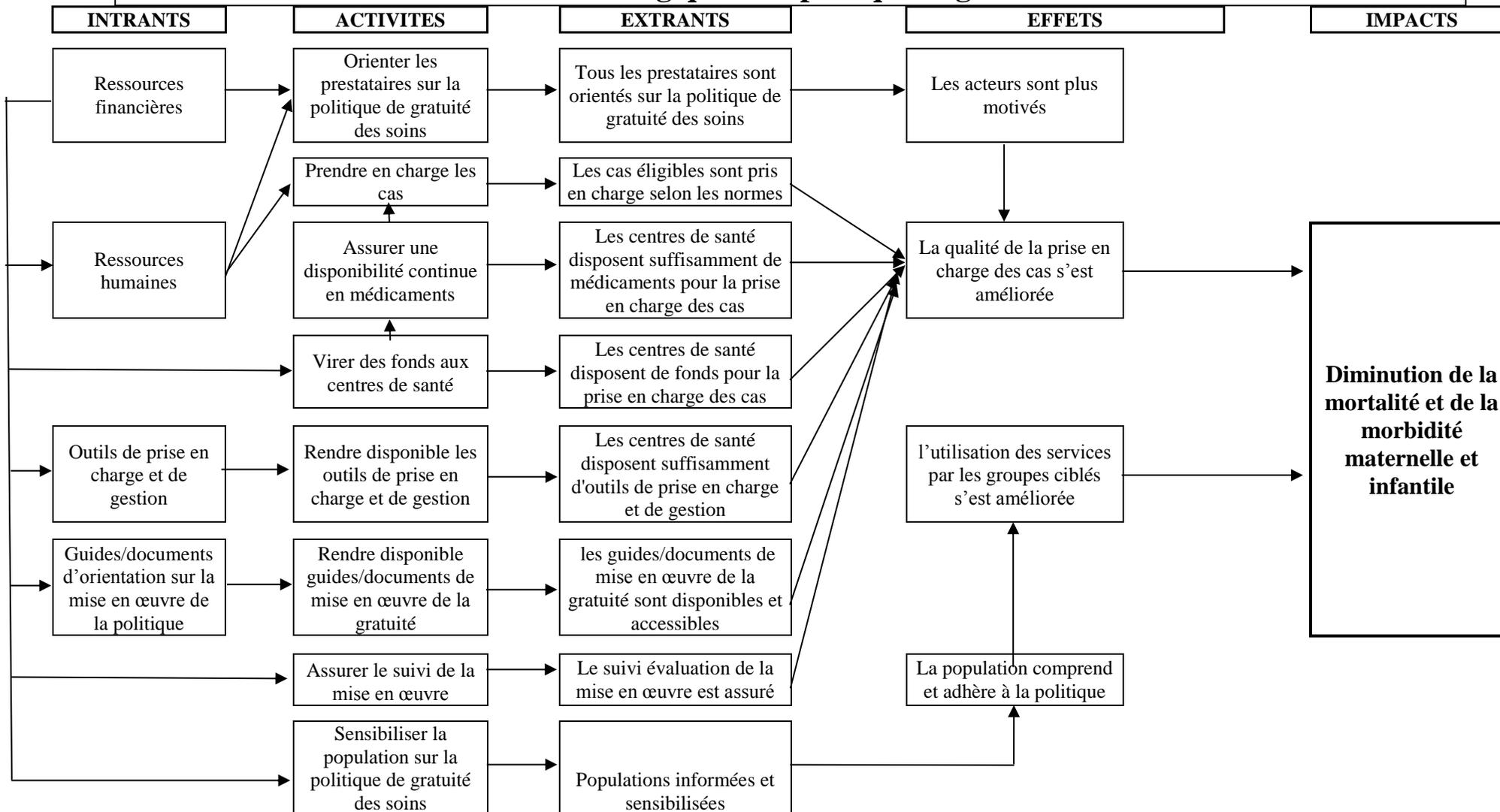
Annexe I : Cadre logique de la politique de gratuité des soins

Annexe II : Guide d'entretien avec le personnel de santé

Annexe III : Guide d'entretien avec les bénéficiaires

Annexe IV : Correspondance de Monsieur le Directeur régional de santé

Annexe I : Cadre logique de la politique de gratuité des soins



Annexe II : Guide d'entretien avec le personnel de santé

GUIDE D'ENTRETIEN (PERSONNEL DE SANTE)

1. Nom de la structure sanitaire :

Introduction : Identité de l'enquêteur, objectif de l'entretien, conduite de l'entretien (possibilité d'enregistrement et de prise de note), garantie de l'anonymat, confidentialité; recueil du consentement libre et éclairé de l'enquêté.

2. N° d'entretien :

3. Nom et prénom de l'enquêteur :

.....

4. Date/ heure de l'entretien:/...../.....

5. Qualification : 1 Médecin /_____/ 2 Infirmier /_____/ 3Autres (à préciser).....

6. Responsabilité :

7. Depuis combien de temps exercez-vous ? /_____/ mois /an Et combien dans cette structure ? /_____/ mois /an

8. Que savez-vous de la politique de gratuité des soins ?

Questions de relance :

- En quoi consiste la politique ?
 - Pourquoi la politique ?
 - Depuis quand la politique ?
 - Où est-elle mise en œuvre ?
 - Qui concerne-t-elle ?
9. Comment appréciez-vous les moyens (ressources) mis à la disposition des acteurs/structures dans le cadre de la gratuité des soins ?

Questions de relance :

- les textes et guides de mise en œuvre : leur disponibilité ; leur accessibilité, leur qualité.
 - Les outils de gestion
 - Les ressources financières : leur disponibilité, leur accessibilité
10. Quelles sont les dispositions prises à l'endroit du personnel pour la mise en œuvre de la gratuité des soins et comment les appréciez-vous ?

Questions de relance

- Dispositions en termes de formation du personnel ?
- Dispositions en termes de motivation du personnel?
- Disposition en termes de sanction ?

- Suivi-évaluation ?
- Autres ?

11. Comment appréciez-vous l'acceptation et l'adhésion des populations et du personnel à la politique ?

Questions de relance :

- Acceptation et adhésion/implication du personnel ?
- Acceptation et adhésion des populations ?

12. Comment appréciez-vous les résultats de la mise en œuvre de la gratuité des soins structure ?

Questions de relance :

- Disponibilité des médicaments et consommable ?
- Accessibilité, rapidité aux soins (y compris les soins non prise en compte dans la gratuité)
- Rapidité de la prise en charge ?
- Utilisation/Fréquentation des services ?
- Satisfaction des bénéficiaires/ prestataires
- Motivation des prestataires ?

13. Quel est votre avis par rapport à la politique de gratuité des soins ?

14. Avez-vous des suggestions pour le renforcement du système actuel ?

15. Votre mot de conclusion

Merci pour la participation (retour d'information possible)

Annexe III : Guide d'entretien avec les bénéficiaires

GUIDE D'ENTRETIEN (BENEFICIAIRE) :

1. Nom de la structure sanitaire :

Introduction : Identité de l'enquêteur, objectif de l'entretien, conduite de l'entretien (possibilité d'enregistrement et de prise de note), garantie de l'anonymat, confidentialité ; recueil du consentement libre et éclairé de l'enquêté.

2. N° d'entretien :

3. Nom et prénom de l'enquêteur :
.....

4. Date/ heure de l'entretien:/...../.....

5. Type de patients/accompagnant : Femme enceinte ; Postpartum/postabortum ; Mère enfant, Père de l'enfant, autres accompagnant de l'enfant ; Autres à préciser

6. Types de soins : ambulatoire ; Hospitalisés ; mise en observation ; Autres :

7. Comment êtes vous (ou est prise en charge votre femme, votre enfant etc.) prise en charges par rapport à vos soins :

Questions de relance :

- Paiement de la consultation ?
 - Paiement des médicaments ?
 - Paiement de l'hospitalisation?
 - Paiement des examens?
 - Paiement des références?
8. Avez –vous entendu parler de la gratuité des soins ? En quoi consiste-t-elle ?

Questions de relance :

- La notion de gratuité.
 - Les conditions à remplir pour en bénéficier (qui ? quelles prestations)
9. Comment les appréciez-vous la mise en œuvre de la gratuité ?

Questions de relance

- Effectivité ?
- Dysfonctionnement ?
- Avantages ?
- Inconvénients ?

10. Vos suggestions/recommandation par rapport à la gratuité des soins.

Merci

Annexe IV : Correspondance de Monsieur le DRS

MINISTERE DE LA SANTE

BURKINA FASO

REGION DU CENTRE OUEST

Unité – Progrès - Justice

**DIRECTION REGIONALE DE
LA SANTE**

Koudougou le 21 novembre 2016

N°2016 _____/MS/SG/DRS-CO

LE DIRECTEUR RÉGIONAL DE LA SANTÉ

AU

MÉDECIN CHEF DE DISTRICT

Objet: Enquête sur la gratuité des soins
dans la région du Centre-Ouest

Dans le cadre de la préparation de son mémoire de fin d'étude, je vous informe que Monsieur Robert SAWADOGO, Chef de service de la pharmacie à la Direction régionale de la santé du Centre-Ouest, en formation au 2iE, mènera une enquête sur « **Evaluation du processus de mise en œuvre du système de gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq (5) ans au Burkina - Faso dans les districts sanitaires de la région du Centre-Ouest** »

A cet effet, je vous invite à prendre toutes les dispositions nécessaires pour le faciliter le travail durant le temps de séjour.

Dr Seydou BARRO