

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 26 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamya
Tel: +224 664289196
Site web : www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Les facteurs associés à l'accouchement prématuré en milieu urbain africain: à propos d'une étude cas témoins au CHU-YO et au centre médical Saint Camille de Ouagadougou**
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 5
- Efficacité comparée de la nifedipine et de l'alpha méthyldopa dans la prise en charge de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse : à propos d'un essai randomisé ouvert dans la ville de Bamako**
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 6- 13
- La stratégie de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) est-elle efficace dans nos hôpitaux? Une étude longitudinale de janvier 2013 à décembre 2014 dans une maternité du nord-est Bénin.**
Tshabu Agumon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....14 - 19
- La subvention des accouchements et soins obstétricaux et néonataux d'urgence : analyse à partir de l'expérience d'un hôpital universitaire au Burkina Faso**
Dembélé A, Zamané H, Somé DA, Ouattara S, Sanon BG, Ouédraogo C, Sawadogo L, Bicaba I, Bambara M, Thieba B, Lankoandé J.....20 - 24
- Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement à terme dans les utérus unicatriciels de césarienne dans une maternité universitaire CHU de Cotonou au Bénin**
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Agumon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX25 - 30
- Prise en charge des hémorragies du post-partum dans les pays à revenus limités: lier ou hystérectomiser?**
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S..... 31 - 36
- Fibromes ovariens: aspects cliniques et anatomo-pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire de Conakry, Guinée**
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

CAS CLINIQUE

- Avortements spontanés répétés chez une patiente présentant une intervillite chronique histiocytaire placentaire.**
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS..42 - 44

CONTENTS

ORIGINAL PAPERS

- Factors associated with preterm birth in african urban: about a case-control study at the university teaching hospital of Ouagadougou (UTH) and saint camille medical center***
Ouattara A, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A , Kain DP, Moukengue BP, Komboigo E, Kabore X, Yameogo B, Bonane/Thieba B, Lankoande J.....1 - 4
- Compared efficiency between nifedipine and alpha methyl dopa in the management of high blood pressure during pregnancy: an opened randomized trial in bamako.***
Teguete I, Thera T, Traore Y, Mounkoro N, Sissoko A, Dembele S, Traore M, Dolo A..... 5 - 12
- Is the elimination of the transmission of the HIV from the mother to child (eTME) efficient in our hospitals? A longitudinal study from january 2013 to december 2014 in a maternity of the north-eastern Benin***
Tshabu Aguemon C, Lokossou MSHS, Yunga FJD, Koumakpai SAN, Lokossou A, Perrin RX.....13 - 17
- The grant of deliveries and emergency obstetric and neonatal care: an analysis from an experience in a university hospital in Burkina Faso***
A Dembélé, H Zamané, DA Somé, S Ouattara, BG Sanon, C Ouédraogo, L Sawadogo, I Bicaba, M Bambara, B Thieba, JLankoandé.....18 - 22
- Maternal and perinatal prognosis of full term birth in uteruses with a cesarean section scar at the university maternity of CHU in Cotonou-Benin***
Tonato Bagnan JA, Vodouhe T, Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Takpara I, Lokossou A, Perrin RX23 - 28
- Management of severe postpartum haemorrhage in less developed countries: conservative or radical surgery?***
Mian DB, Guie P, Diomandé FA, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S29 - 34
- Ovarian fibroids: clinical and anatomo-pathological aspects at the university teaching hospital of Conakry, Guinea***
T Sy, A Sylla, Dwa Leno, Em Bah, Ik Bah, I Conte.....37 - 41

CASE REPORT

- Spontaneous abortion repeated at a patient with a chronic chronic intervillitis histiocytic of the placenta***
Dia JM L, Guié Y P, Bohoussou E, Oyeladé M, Okon G, Dirix P, Millet P, Diallo A, Anongba DS....39 - 41

LA SUBVENTION DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D'URGENCE : Analyse à partir de l'expérience d'un hôpital universitaire au Burkina Faso

THE GRANT OF DELIVERIES AND EMERGENCY OBSTETRIC AND NEONATAL CARE: An analysis from an experience in a university hospital in Burkina Faso

A DEMBÉLÉ^{1,2}, H ZAMANÉ³, DA SOMÉ^{1,2}, S OUATTARA^{1,2}, BG SANON^{2,4}, C OUÉDRAOGO³, L SAWADOGO⁵, I BICABA⁶, M BAMBARA^{1,3}, B THIEBA³, J LANKOANDÉ³.

¹Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou. Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction (DGOMR). Bobo Dioulasso, Burkina Faso.

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université polytechnique de Bobo.

³Unité de formation en Sciences de la Santé. Université Joseph Ki Zerbo Ouaga 1. Burkina Faso

⁴Direction générale du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou

⁵Ecole Nationale de Santé Publique de Bobo Dioulasso

⁶Direction de la Santé de la Famille, Ministère de la santé du Burkina Faso

Correspondances : Docteur Dembélé Adama, Assistant Chef de Clinique, Gynécologue Obstétricien, Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Université Polytechnique de Bobo Dioulasso. Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou Bobo Dioulasso. BP 676 Burkina Faso dembadama@hotmail.fr et adamade3@yahoo.fr

RESUME :

Objectif : analyser les différents aspects de la subvention des soins obstétricaux d'urgence, mise en œuvre au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso au Burkina Faso, de janvier 2007 à décembre 2011

Méthodologie : il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive, analysant les 5 premières années de la mise en œuvre de la subvention des soins obstétricaux d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo Dioulasso.

Résultats : la subvention a couvert 28.187 prestations durant la période d'étude. Les interventions chirurgicales majeures ont représenté 17,44% de l'ensemble des actes subventionnés et les autres actes 82,56%. Le délai moyen d'attente de prise en charge est passé de 95 minutes avant la subvention à 45 minutes au cours de sa mise en œuvre. Cependant l'évolution des décès maternels en valeur absolue n'a véritablement pas changé durant la subvention. Le coût financier selon la subvention dans notre département, s'élevait à 680 847 500 francs CFA. Le coût réel au lit du malade était de 712 629 505 francs CFA

Conclusion : La subvention des Soins obstétricaux d'Urgence est une expérience qui a permis une réduction du délai de prise en charge de l'urgence obstétricale. Mais le succès et la pérennité d'une telle initiative dépend d'un ensemble de pré requis, dont le niveau de compétence du personnel et la complétude d'un plateau technique conséquent.

Mots clés: Subvention, Réduction des coûts, Pérennité.

ABSTRACT

Objective: to analyze the different aspects of the emergency obstetric care grant, at the Bobo Dioulasso Souro Sanou University Hospital Center in Burkina Faso from January 2007 to December 2011

Methodology: This was a cross-sectional descriptive study analyzing the first 5 years of implementation of the emergency obstetric care grant at Bobo Dioulasso University Hospital Center.

Results: The grant covered 28,187 benefits during the study period. The major surgical operations accounted for 17.44% of all subsidized acts and the other acts 82.56%. The average waiting time for support has increased from 95 minutes before the grant to 45 minutes during its implementation. However the evolution of maternal deaths in absolute value did not really change during the subsidy. The financial cost according to the subsidy in our department amounted to 680 847 500 CFA francs. But the real cost to the patient's bed was 712,629,505 CFA francs

Conclusion: The Emergency Obstetric Care grant is an experiment that has resulted in a reduction in the time needed to manage the obstetric emergency. But the success and sustainability of such an initiative depends on a set of prerequisites, including the level of staff competence and the completeness of a consistent technical platform.

Key words. Subsidy, Cost reduction, Sustainability.

INTRODUCTION

Depuis plus de vingt ans, le ratio de mortalité maternelle demeure élevé dans les pays de l'Afrique de l'Ouest [1,2]. En réduisant les coûts des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à travers une subvention, le but que s'est fixé les autorités du Burkina Faso était de contribuer, à ramener le ratio des décès maternels de 484 pour 100 000 naissances vivantes en 2005, à 122 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2015, selon une étude préalablement menée et conformément à l'Objectif du Millénaire pour le Développement [3,4,5,6]. Au regard de ce défi, Il nous a paru nécessaire de mener une analyse de la mise en œuvre de cette subvention dans notre département.

MÉTHODOLOGIE

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive analysant la mise en oeuvre des Soins Obstétricaux et néonataux d'Urgence (SONU) dans le Département d'Obstétrique, de Gynécologie et de Médecine de la Reproduction (DGOMR) à Bobo Dioulasso au Burkina Faso.

Elle a consisté en une enquête par extraction des données à partir de dossiers des patientes et des rapports d'activités périodiques. Nos variables ont portés sur les aspects liés à la prestation des services et au coût financier, à l'évolution des décès maternels pendant la période d'étude. Un échantillonnage de dossiers avant la subvention

nous a permis de faire une comparaison sur le délai de prise en charge des patientes avant, et pendant la subvention. Des rencontres de concertation du personnel, dans le département ont permis de recueillir des données sur leur avis sur la subvention. Nous utilisons les termes « cas SONU, Prestations SONU subventionnés, actes SONU » pour désigner les urgences obstétricales faisant partie d'une liste retenue des soins à subventionner par l'Etat. L'étude a concerné la partie accouchements et soins obstétricaux d'urgence des SONU. Le système de financement de la subvention a porté sur le préfinancement par le CHUSS. Le remboursement effectué par l'Etat était basé sur les pièces justificatives en tenant compte des exigences d'un Logiciel SYGSONU, créé à cet effet. La subvention consistait à une prise à 80% des "cas SONU" par l'Etat, et 20% par la patiente

La source de nos données a été les dossiers cliniques des malades, les rapports mensuels d'activité du département, les rapports mensuels financiers sur la subvention, de l'agence comptable du CHUSS.

RESULTATS

Les prestations de la subvention des SONU

En 5 ans 28.187 prestations SONU ont été subventionnées comme représenté dans le tableau I.

Tableau I : Nombre de prestations SONU subventionnées en 5 ans au niveau du CHUSS de Bobo

Année	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Types de Prestation						
Césarienne	961	782	736	726	779	3984
Rupture Utérine	59	45	53	91	79	327
Grossesse Ectopique	111	121	119	95	114	560
Accouchement dystocique	0	2991	3172	3232	3448	12843
Accouchement eutocique	0	131	98	89	73	391
Éclampsie /pré éclampsie	0	146	225	241	408	1020
AMIU	1	410	421	428	543	1803
Hémorragie du post partum	0	98	115	140	246	599
Épisiotomie	0	1430	1578	1703	1691	6402
Déchirure Complicquée du périnée	3	35	68	66	86	258
Total	1135	6189	6585	6811	7467	28187

Le délai moyen de prise en charge.

Le délai moyen de prise en charge d'une patiente depuis son admission aux urgences à l'administration des soins, pendant la subvention, a été de 45 minutes avec un écart type de 28, 75 et extrêmes 10 minutes et 90 minutes. Ce délai a varié selon le type d'urgence: pour un accouchement la prise en charge était immédiate et pour une intervention chirurgicale majeure le délai de prise en charge était plus long. Avant la

subvention le délai moyen mis pour la prise en charge d'une patiente était de 95 minutes, essentiellement pour les interventions obstétricales majeures. Ce délai était lié à la non disponibilité des médicaments d'urgence.

Les décès maternels pendant la subvention.

Au cours des 5 premières années de la subvention, l'évolution des décès maternels en valeur absolue a été stationnaire. En effet le département a enregistré 357 décès maternels répartis dans le tableau II.

Tableau II : décès maternels par année de 2007 à 2011 au CHUSS de Bobo

Causes	Année					
	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Causes directes	27	45	35	25	36	168
Causes indirectes	35	53	38	32	31	189
TOTAL	62	98	73	57	67	357

Parmi les causes indirectes des décès maternels, 47 décès maternels étaient dus aux anémies sévères, soit 13 % de l'ensemble des décès. La prise en charge de l'anémie au cours de la grossesse n'était pas incluse dans la subvention de même que celle de certaines pathologies associées à la grossesse comme la drépanocytose, le paludisme l'Appendicite le kyste de l'ovaire, le VIH qui ont été enregistrées parmi les causes indirectes de décès maternels

Coût financier des prestations SONU subventionnées dans le département.

En tenant compte du coût de chaque prestation par la subvention les 28.187 prestations SONU revenaient à 680 847 500 francs CFA. L'Etat a subventionné l'ensemble de ces actes à 80% soit un montant de 544 678 000 francs CFA. Les patientes ont contribué pour 20 % soit 136 169 500 francs CFA.

Coût réel des actes SONU, au lit du malade.

Les coûts réels des actes SONU, au lit des malades estimés sur la base de la dispensation des médicaments donnent des résultats différents de ceux évalués par la subvention. La subvention avait évalué le coût de la rupture utérine (médicaments, actes opératoire, transport, examen complémentaires) à 55 000 francs CFA. Cependant au lit du malade, les médicaments utilisés s'élevaient en moyenne à 85 655 francs CFA. Ce montant n'incluait pas le coût des examens complémentaires et les frais d'hospitalisation. Le coût réel des actes SONU au lit du malade a été évalué de 2007 à 2011 à 712 629 505 francs CFA.

En respectant le principe de la subvention les 80 % de ce coût reviendraient à 570 103 604 francs CFA et les 20% reviendraient à 142 525 901 CFA

Une comparaison des coûts subventionnés et des coûts au lit du malade retrouvait un besoin de subvention de l'état de 24 252 004 francs CFA et un surcoût à la patiente de 6 063 001 francs CFA. On enregistre un solde négatif de 30 315 005 francs CFA pour l'hôpital. Ce solde concernait essentiellement les médicaments et consommables et ne prenait pas en compte les examens complémentaires

Avis du personnel de santé sur la subvention.

Des différents rencontres de concertation, du personnel de santé sur la subvention, il ressort les points suivants :

- La méconnaissance par la presque totalité des agents de santé des documents élaborés par la Direction de la Santé de la Famille (DSF) sur la subvention, ce qui explique la mauvaise complétude des outils de gestion de la subvention.
- Le manque d'appropriation de la subvention par les agents de santé : sa mise en œuvre apparaissant comme un travail supplémentaire surtout en ce qui concerne la complétude des outils de gestion ;
- L'insuffisance voire le manque de motivation du personnel par rapport à la subvention.
- La non maîtrise du logiciel SYGSONU

DISCUSSION

Durant la période de l'étude 28 187 prestations SONU ont été subventionnées pour un montant de 680 847 500 francs CFA. Durant cette période

l'évolution de la mortalité maternelle n'a pas connu une diminution significative. Des questions se posent sur les différents aspects de la subvention, qui seront l'objet de nos discussions

Les prestations :

Au cours de la période d'étude 28187 femmes ont été prises en charge par la subvention soit une moyenne annuelle 5638. Le faible nombre enregistré en 2007 est lié au début de la subvention au 4^{ème} trimestre de l'année. Les prestations à subventionner ont été choisies à partir de la liste des SONU complets. A chaque cause de décès devrait correspondre une offre de soins. Ainsi par exemple pour l'hémorragie on pourrait proposer une révision utérine, une transfusion sanguine, une réparation de déchirures, une aspiration manuelle intra utérine (AMIU), une délivrance artificielle, une hystérectomie ou une césarienne. Tous ces soins étaient subventionnés [4,5]. Mais la prise en charge de la plupart des pathologies associées à la grossesse exigeait des soins qui n'étaient pas subventionnés. L'absence de subvention de certaines pathologies telle les crises vaso-occlusives de la drépanocytose, le paludisme, le VIH a contribué à aggraver le pronostic de ces malades.

Le délai de prise en charge:

Un des indicateurs positifs de la subvention est la réduction du délai de prise en charge de la patiente dans la structure de référence, réduisant ainsi le 3^{ème} retard. Une étude antérieure stipule que la stratégie de subvention en réduisant significativement la barrière financière a contribué à amoindrir l'effet des trois retards en suscitant une décision plus rapide au sein des ménages (participation communautaire), en facilitant le transport des bénéficiaires et en améliorant la prise en charge rapide au sein des structures de soins [7]. Dans notre étude le temps d'attente est passé de 95 minutes avant la subvention à 45 minutes au moment de la subvention. Mais il s'agit d'une moyenne qui concerne surtout les interventions obstétricales majeures. Les extrêmes de temps mis ont eu lieu durant une période de dysfonctionnement du service : cela atteste l'affirmation qui insiste sur la présence de pré-requis dans un système de santé pour la réussite de la subvention. Ces pré-requis sont entre autres la complétude du plateau technique, la compétence du personnel en SONU [2].

L'évaluation du coût:

Notre étude a montré une sous-évaluation des coûts des prestations SONU par rapport aux structures de référence. Les résultats de certaines

études vont dans le même sens [8, 9, 10]. Les patientes arrivent dans ces structures, souvent avec un état général beaucoup plus altéré, l'évacuation étant un facteur aggravant du pronostic vital [11]. Il faut donc redéfinir le montant des prestations par une analyse fine des coûts et revoir le pourcentage de la subvention de manière à minimiser le coût à la patiente. A long terme il faut envisager la gratuité des soins à l'exemple de certains pays de l'Afrique de l'Ouest [12,13]. Cette stratégie de gratuité a un coût qui pourrait influencer sur la pérennité pour un pays à ressources limitées [14]. L'alternative de pérennité pourrait être l'assurance maladie universelle ou la mutualisation de la santé.

Le pronostic maternel et l'évolution de la mortalité maternelle:

Centre de référence, le CHUSS est le sommet de la pyramide dans la région du sud-ouest du Burkina. Si l'offre des soins obstétricaux d'urgence de base ou complet dans une communauté peut contribuer à réduire les décès maternels [4], la réduction de la morbidité et de la mortalité doit tenir compte de tous les facteurs y contribuant de la référence à l'offre de soins complets [15]. La disponibilité de médicaments ne pourra seule infléchir de façon significative la courbe de la mortalité maternelle. Il faut tenir compte de la disponibilité permanente d'un plateau technique complet et de personnel compétent. Une coordination des actions s'avère indispensable à la réduction significative des décès maternels

Le système de financement de la subvention :

Pour amoindrir les difficultés dans l'allocation des fonds, le ministère de la santé, pourrait livrer aux structures sanitaires, les kits scellés des médicaments déjà confectionnés et par rapport aux interventions obstétricales majeures, des kits avec blouses et champs opératoires à usage unique. Mais cela demanderait la mise en place d'une organisation générale du système de livraison des médicaments par l'Etat aux différentes formations sanitaires.

Le personnel de santé et la subvention:

Le succès de la mise en oeuvre d'un programme dépend souvent de l'agent de santé : c'est lui qui l'exécute sur le terrain. De sa volonté et de son engagement dépend la bonne exécution des tâches définies par le programme. C'est pourquoi celui-ci doit s'approprier les éléments du programme et doit être assez motivé [16]. Un auteur résume cela en affirmant « Il est démontré que pour réduire la mortalité maternelle, il est impérieux que les femmes aient accès à des soins de qualité, délivrés par un personnel qualifié. Si ce personnel n'a pas de motivation dans la réalisation de sa tâche, les soins

seront de mauvaise qualité et donc contribueront à la sous fréquentation des services et une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle» [2]

CONCLUSION

Des insuffisances constatées dans la mise en œuvre de la subvention il ressort des difficultés pour l'attente des objectifs fixés. La mise en œuvre d'une nouvelle approche basée sur un l'engagement politique fort et déterminé, l'engagement de l'agent de santé reste fondamental. L'implication de tous les acteurs sans oublier la communauté dans l'élaboration et la mise en œuvre des activités est primordiale. C'est à ce prix que nous pourrions réduire la mortalité maternelle dans nos pays

REFERENCES

- 1. Ministère de l'Economie et des Finances.** Institut National de la Statistique et de la démographie. Statistiques de la santé. Annuaire statistique, 2012 ; 375 ; PP139. (1)
- 2. Sanon/Ouédraogo D, Ki/Ouédraogo S, Kouyaté B.** Stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso (Note de politique SURE). Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé, 2010 ; 75. (2)
- 3. Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation.** Décret n° 2006 185/PRES/PM/MS/MFB/MATD portant institution d'une subvention sur les coûts des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les formations sanitaires publiques de l'Etat, Mai 2006 (3).
- 4. Ministère de la santé du Burkina Faso.** Manuel d'exécution de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso, Avril 2006 ; 47. (4)
- 5. Ministère de la santé du Burkina Faso.** Plan de mise en œuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonatales d'urgence au Burkina Faso, Avril 2006 ; 45 (5)
- 6. Ministère de la santé du Burkina Faso.** Stratégie Nationale de Subvention des accouchements et des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Burkina Faso, Mars 2006 ; 65. (6)
- 7. Société Africaine d'Etude et Conseils.** Evaluation de la subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. Rapport, 2014 ; 109 (7)
- 8. Centre de recherche en reproduction humaine et en démographie. Femhealth.:** l'évaluation de la politique de gratuité de la césarienne dans cinq zones sanitaires, Bénin. Rapport de synthèse, 2014 ; 101 (8)
- 9. Josephine Borghi, Katerini Tagmatarchi, Storeng & Veronique Filippi.** Overview of the costs of obstetric care and the economic and social consequences for households. In reducing financial barriers to obstetric care in low income countries. Studies in HSO&P, 2008 ; 24 (9)
- 10. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G.:** The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. Health Policy Plan. Supplement 2, 2011; ii30-ii40. (10)
- 11. Berthe M, Diawara F, Coulibaly T, Coulibaly S, Maiga B., Ag Iknane A.** Etude de la relation entre le pronostic materno-fœtal à la distance parcourue et le mode d'admission dans le District sanitaire de Kéniéba. Mali Santé Publique 2013 tome 3 n° 001 PP83-87 (11)
- 12. Ouédraogo Tinoaga Laurent et all ;** « Evaluation de la gratuité de la césarienne au Bénin » Santé Publique, 2013/4 vol. 25, p 507- 515. (12)
- 13. Richard F, Antony M, Witter S, Kelley A Meessen B, Sieleunou I.** Free exemption for maternal care in Sub-Saharan Africa: a review of 11 countries and lessons for the region. Global Health Governance, special edition on universal health coverage, 2013 ; vol. 6, no. 2 (13)
- 14. JP. Olivier de Sardan.** Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger) Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local, 2010 ; 23(14)
- 15. Ouédraogo C, Ouédraogo A, Ouattara T, Akotiongna M, Thieba M, Lankoandé J, Koné B.,** La mortalité maternelle au Burkina Faso : Evolution et stratégie de lutte nationale. Médecine d'Afrique Noire, 2001- 48 (15)
- 16. Ly A, Ridde V et Kouanda S.** Effets de la gratuité des soins sur la charge de travail du personnel soignant dans quatre CSPPS du district sanitaire de Dori-Burkina Faso, Mémoire de master professionnel en système de santé, 2011 ; 57 p. (16)