

EFFETS DE LA POLITIQUE D'EXEMPTION DE PAIEMENT DE LA CÉSARIENNE SUR LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES OBSTÉTRICALES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE ZORGHO, BURKINA FASO.

Auteurs

Abou Coulibaly¹
Adama Baguiya^{1,2}
Boukaré Ouédraogo¹
Ivlabèhiré Bertrand Meda¹
Seni Kouanda^{1,3}

Services

1- Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), Département biomédical et Santé Publique, Burkina Faso
2- Système de surveillance démographique et de santé de Kaya (K-HDSS), Burkina Faso
3- Institut Africain de Santé Publique, Ouagadougou, Burkina Faso

Correspondance

Abou COULIBALY,
Institut de Recherche en Sciences de la santé,
samsoncoul@gmail.com

RESUME

Introduction: De nombreuses politiques d'exemption totale ou partielle ont été essayées au profit de mères et des enfants pour améliorer l'accès financier aux services de santé maternelle et infantile. La présente étude a pour objectif de mesurer les effets de la politique de gratuité de la césarienne sur les délais de prise en charge des césariennes dans un district sanitaire rural du Burkina. **Méthodes:** nous avons utilisé un design non expérimental pré-post, groupe unique pour comparer à l'aide test de Chi-carré de tendance les proportions retrouvées dans l'étude des différents délais de prise en charge des femmes ayant bénéficié de la césarienne. **Résultats:** La proportion des femmes qui ont démarré du centre de santé référant dans les trente minutes qui ont suivi la prise de décision d'évacuation ($p=0,017$) et la proportion des patientes examinées dans les quinze minutes qui ont suivi leur admission ($p=0,001$) ont également connu des variations significatives en fonction des périodes. Par contre, les autres délais n'ont pas connu de variation significative. **Conclusion:** Au regard des résultats, nous remarquons que la politique d'exemption des paiements n'a pas eu un impact significatif sur tous les délais de prise en charge.

Mots-clés: Exemption de paiement, district, césarienne, délai de prise en charge

SUMMARY

Introduction: Many total or partial exemption policies intended for mothers and children were tested out in order to improve financial access to maternal and child health services. The purpose of this study is to measure effects of the fee exemption policy on the time management in obstetric emergencies in a rural health district of Burkina Faso. **Methods:** We used a pre-post non-experimental design, a unique group, to compare the proportions found in the study on the different intervention timeframes for women who had a cesarean section by using the Chi-square test pattern. **Results:** The proportion of women who left the referral health care within the 30 minutes following the evacuation decision ($p = 0.017$) and the proportion of patients examined within the 15 minutes following their admission ($p= 0.001$) also showed significant variations depending on the periods. However, there was no significant variation between the other time management. **Conclusion:** Based on the results, it has been observed that the fee exemption policy did not have a significant impact on all the intervention time management.

Keywords: Fee exemption, district, cesarean section, time management.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait inscrit l'amélioration de la santé maternelle et néonatale parmi les actions prioritaires du millénaire regroupées sous le vocable d'objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le bilan de ces OMD en 2015 est assez contrasté et impose la lutte contre la mortalité maternelle et infantile comme un des points clés dans les objectifs du développement durable (ODD) (Zhang and Alexander, 2017). En effet, plusieurs facteurs contribuent à ces forts taux de mortalité parmi lesquels l'accès financier aux services de santé. Les pays africains en général et le Burkina Faso en particulier ne font pas exception à cette problématique. Selon l'OMS, dans les pays à bas revenu, les gouvernements doivent réduire la part des paiements directs en étendant l'application des dispositifs de prépaiement qui répartissent le risque financier et éloignent le spectre de dépenses de santé catastrophiques (Organisation Mondiale de la Santé, 2000; Yves Carine Entwisle et al., 2003). En 2000, l'organisation avait déjà attiré l'attention des gouvernements quand elle affirmait qu'un système de santé faillit donc gravement à sa mission lorsque des interventions sanitaires efficaces et d'un coût abordable ne sont pas offertes à des populations qui en auraient besoin (de la Santé, 2000). Pourtant, faire en sorte que toutes les femmes puissent accoucher auprès d'un personnel qualifié dans des formations sanitaires de qualité est l'une des stratégies reconnues pour réduire la mortalité maternelle (de Brouwere and Van Lerberghe, 2001; de Belgique, MEDA and SONDO, 2003; Bullough et al., 2005). Mais les communautés font face à de nombreux défis, notamment la distance avec les centres de santé, les coûts élevés des prestations ou encore la qualité des soins (Arsenault, 2012). Plusieurs études ont prouvé que la réduction des barrières d'accès aux soins entraînait en conséquence de meilleurs taux d'utilisation des services de santé (Gage, 2007; Haddad et al., 2011).

L'initiative locale d'exemption de paiement des césariennes dans le district de Zorgho a duré du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2013. Cette politique d'exemption qui a été mise en place sans mesure d'accompagnement a entraîné une hausse de l'utilisation des services de santé mais il n'est pas certain que la qualité des soins se soit améliorée (Kouanda et al., 2014; Philibert et al., 2014). En effet, il n'y a pas eu de renforcement préalable du système de santé (formation du personnel, équipement des infrastructures...). Ces mesures n'ont pas non plus pris en compte les frais liés au déplacement des accompagnants et leur restauration.

Selon une étude du ministère de la santé au Burkina Faso et selon Mbola Mbassi et collaborateurs au Cameroun les retards de prise en charge constituent des causes indirectes qui favorisent la mortalité maternelle et néonatale (Mbola Mbassi, Mbu and Bouvier-Colle, 2009; Sanon/Ouédraogo Djénéba, Ki/Ouédraogo S and Kouyaté Bokar, 2010). Les délais de prise en charge constituent un facteur important de la définition de césarienne de qualité proposée par Dujardin et Delvaux car de la qualité de la césarienne découle le pronostic ultérieur de la mère et du nouveau-né (Dujardin, Delvaux and De Bernis, 1998).

En l'absence de barrière financière dans le district de Zorgho, il nous est paru utile d'analyser l'évolution des délais de prise en charge des complications obstétricales ayant conduit à la césarienne en considérant trois périodes selon la présence ou non de la gratuité de la césarienne : avant la politique d'exemption (2010), pendant la politique d'exemption (2011, 2012 et 2013) et après la levée de la mesure d'exemption (2014 et

2015). Cette analyse permet de dégager l'effet de la subvention sur les délais de prise en charge et leur devenir dans un contexte de retour à l'absence de subvention.

METHODES

Type et population d'étude

il s'est agi d'une évaluation des effets d'une intervention de type non expérimental pré-post avec comme devis : $O_1 X_1 O_2 X_2 O_3$ dont :

O_1 : point d'observation (mesure des variables d'intérêt)

X_1 : intervention locale d'exemption de paiement des césariennes (janvier 2011)

O_2 : point d'observation (mesure des variables d'intérêt)

X_2 : suppression de l'exemption de paiement des césariennes (janvier 2014), retour de la situation en O_1 .

O_3 : point d'observation (mesure des variables d'intérêt)

Pour les indicateurs dont l'information avant l'intervention n'a pu être obtenu, nous avons utilisé un devis est du type $X_1 O_1 X_2 O_2$

Cadre de l'étude

Au Burkina Faso le système de santé se présente sous forme d'une pyramide organisée en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires. Zorgho est un district rural du Burkina Faso et dispose d'un Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) qui est l'hôpital de référence du district pour les centres de santé de base.

Selon les estimations de 2014, la population du district sanitaire de Zorgho est chiffrée à 393 778 habitants dont 93,59% vivent en milieu rural (District de Zorgho, 2014). C'est une zone de grande pauvreté où plus de la moitié de la population parcourt au moins 5 kilomètres pour accéder au centre de santé le plus proche. Ces éléments sont des obstacles importants à l'accessibilité aux soins en général et aux soins d'urgence en particulier. Plusieurs actions ont été entreprises par l'équipe cadre du district dans le but de rapprocher les populations des soins de santé. C'est ainsi que depuis le 1^{er} janvier 2011, le district de Zorgho a mis en place un système d'exemption des paiements pour les césariennes.

Description de l'intervention

La subvention nationale couvre 80% des frais de la prise en charge des SONU. Ainsi, l'initiative locale de subvention qui fait l'objet de notre étude, consiste en un rachat par l'équipe cadre de district, des 20% des frais de césarienne que devaient payer les femmes. Ainsi, la femme qui bénéficie d'une césarienne ne paie pas de frais quelconque, ni avant ni après l'intervention. Ces frais sont plutôt supportés par l'ECD. Après trois années de mise en œuvre de la politique d'exemption de la césarienne à Zorgho, le district a arrêté cette initiative. Depuis le 1^{er} janvier 2014, et ce, jusqu'en mai 2016, date de l'entrée en vigueur de la gratuité des SONU à l'échelle nationale, les femmes payaient à nouveau le reliquat des frais à hauteur de 20%.

Population et échantillon d'étude

Cette étude a concerné toutes les parturientes qui ont bénéficié de la césarienne dans le district sanitaire de Zorgho sur la période du 1^{er} janvier 2010 au 30 avril 2015.

Les données ont été extraites des dossiers de toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne au CMA de Zorgho au cours de la même période. Nous avons exclu les dossiers sur lesquels les informations sur les variables clés manquaient.

Collecte des données

La collecte des données de cette recherche a été réalisée par un enquêteur et a consisté à extraire des données sur toutes les césariennes du district de Zorgho depuis l'année 2010 jusqu'en avril 2015. Nous avons exploité toutes les sources de données possibles pour extraire les horaires de prise en charge notamment les dossiers médicaux, les fiches de référence et de contre-référence, les registres de bloc opératoire, les registres d'anesthésie et les partographes. Une mission de supervision a été organisée pendant la collecte dans l'objectif de s'imprégner de l'état d'avancement des enquêtes, de la qualité de la collecte et des difficultés rencontrées.

Variables de l'étude

Caractéristiques sociodémographiques, et gynéco-obstétriques des patientes : âge, profession, gestité.

Période de subvention : c'est la période pendant laquelle les patientes paient 20% des frais des SONU. Dans le cadre de cette recherche, nous avons distingué 2 périodes de subvention : une première période de subvention avant la mise en place de la politique d'exemption (année 2010) et une deuxième période de subvention qui s'étend après la fin de la politique d'exemption (années 2014 et 2015).

Exemption de paiement ou gratuité: cette période concerne la période où la patiente ne débourse aucune somme pour les SONU (1^{er} janvier 2011 au 31 Décembre 2013).

Délai d'attente pour l'évacuation: correspond à l'intervalle de temps compris entre la prise de décision d'évacuation et le départ effectif de la patiente du CSPS pour le CMA. Nous avons estimé qu'une femme dont la décision d'évacuation a été prise devrait démarrer dans les trente minutes qui suivent.

Délai d'évacuation: c'est le temps écoulé entre le départ effectif de la patiente du CSPS et son arrivée au CMA. Pour l'analyse, nous avons choisi un seuil d'une heure au-delà duquel nous estimons que le temps de route est allongé.

Temps d'attente: correspond au temps écoulé entre l'arrivée de la patiente dans le centre de référence (CMA) et le premier examen clinique. Nous avons estimé qu'un délai de quinze minutes suffisait pour examiner une femme depuis son arrivée à l'hôpital du district de Zorgho.

Délai d'attente de la césarienne ou délai décision-intervention: est égal au temps mis depuis la prise de décision de la césarienne et le début effectif de la césarienne. Sur la base des données des différentes sociétés savantes de gynécologie, nous avons estimé qu'une césarienne devrait débiter dans les trente minutes suivant l'indication de la césarienne.

Analyse des données

les données ont été saisies avec le logiciel Epidata et ont été transférées et analysées avec le logiciel Stata 14.2. Nous avons utilisé le test de Chi-carré de tendance pour comparer les paramètres (avec un seuil de significativité pour $p < 0,05$) afin d'apprécier l'évolution des différents délais de prise en charge.

Considérations éthiques: nous avons garanti l'anonymat des informations collectées en ne mentionnant pas les identités des femmes. Les autorisations ont été demandées auprès des autorités en charge de la santé dont le ministère de la santé et le district sanitaire de Zorgho.

RESULTATS

Nous avons exploité au total 965 dossiers complets de césarienne soit 53,7% de l'ensemble des césariennes réalisées dont 149 cas de césarienne réalisée avant la gratuité (sur 230 césariennes réalisées au total pendant la même période), 555 cas pendant la gratuité (sur 1027 césariennes réalisées au total) et 261 cas de césarienne après la gratuité (sur 540 césariennes réalisées au total). La répartition selon le nombre total de césariennes réalisées par période d'étude est donnée dans le tableau I.

Tableau I : Nombre de total de césariennes réalisées pendant la période de l'étude

Variables		1ère Subvention	Exemption			2e Subvention		
Année		2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Nombre de césariennes réalisées		230	258	367	402	450	90	1797
Nombre de césariennes par mois								
Césariennes étudiées	n	149	555			261		965
	%	64,8	54,0			48,3		53,7

La quasi-totalité de nos patientes résidaient en milieu rural. La tranche d'âge comprise entre 18 et 25 ans était la plus représentée dans toutes les trois périodes d'étude. La proportion des ménagères était de 94,6% avant la gratuité, de 98,3% pendant la gratuité et de 98,8% après la gratuité. Aucune différence significative n'a été retrouvée en comparant les différentes proportions pour les trois périodes.

La proportion de femmes qui n'avaient aucun antécédent de césarienne avant leur admission en salle d'accouchement était respectivement de 71,8%, 81,1%, et de 83,5% avant, pendant et après la gratuité. La différence était statistiquement comparative avec $p=0,013$. Les primigestes étaient les plus représentées suivies des pauci gestes (nombre de grossesses compris entre 2 et 3). Le tableau II présente ces résultats.

Tableau II

Variables	1ère Subvention	Exemption	2è Subvention	p
	N=149	N=555	N=261	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Age				0,41
Moins de 18 ans	11(7,4)	46(8,3)	30(11,5)	
18-25 ans	73(49,0)	246(44,3)	101(38,7)	
25-35 ans	49(32,9)	190(34,2)	96(36,8)	
35 ans et plus	16(10,7)	73(13,2)	34(13,0)	
Résidence de la femme				0,44
Urbaine	26(17,5)	75(13,5)	35(13,4)	
Rurale	123(82,6)	480(86,5)	226(86,6)	
Nombre de gestes				0,47
Primigeste	48(32,2)	197(35,5)	77(29,5)	
Paucigeste	52(34,9)	162(29,2)	77(29,5)	
Multigeste	35(23,5)	138(24,9)	77(29,5)	
Grande multigeste	14(9,4)	58(10,5)	30(11,5)	
Antécédents de césarienne				0,013
Oui	42(28,2)	105(18,9)	43(16,5)	
Non	107(71,8)	450(81,1)	218(83,5)	

La proportion des femmes qui ont été admises dans les centres de soins primaires puis référées vers l'hôpital du district de Zorgho était de 90,6%, 94,6% et 94,3% respectivement avant, pendant et après la période d'exemption de paiement sans différence statistiquement significative ($p=0,188$).

Les césariennes ont été réalisées par les médecins formés en chirurgie essentielle et les infirmiers attachés de santé en chirurgie. Cependant, la part des césariennes réalisées par les médecins a connu une baisse progressive statistiquement significative (38,3% des cas avant la gratuité, 27% pendant la gratuité, 25,7% après la gratuité, $p=0,014$).

Concernant l'état des nouveau-nés, nous avons retrouvé respectivement 6,1% de mort-nés avant l'exemption des paiements, 7,4% pendant la période d'exemption et 6,5% après la levée de la mesure d'exemption. La comparaison de ces proportions n'a montré aucune différence significative en passant d'une période à l'autre ($p=0,794$).

L'exploration des moyens de transport utilisés pour les évacuations sanitaires a montré que l'ambulance a été utilisée dans 59,4% et 38,4% respectivement pendant et après la période d'exemption de paiement des césariennes. La comparaison de ces proportions révèle une différence significative ($p=0,001$). Le tableau III présente ces résultats.

Tableau III : Comparaison des caractéristiques en fonction des périodes d'études

Caractéristiques	n(%)	p value
Patientes référées (N=965)		0,188
1ère Subvention (N=149)	135(90,6)	
Exemption (N=555)	525(94,6)	
2è Subvention (N=261)	246(94,3)	
Césarienne effectuée par un médecin (N=965)		0,014
1ère Subvention	57(38,3)	
Exemption	150(27,0)	
2è Subvention	67(25,7)	
Mort-nés (N=965)		0,794
1ère Subvention	9(6,0)	
Exemption	41(7,4)	
2è Subvention	17(6,5)	
Utilisation d'ambulance pour l'évacuation (N=354)		0,001
Exemption	167(59,4)	
2è Subvention	28(38,4)	

Analyse des délais de prise en charge

Pendant la période d'exemption, 20% des femmes ont démarré du centre de santé référant dans les trente minutes qui ont suivi la prise de décision d'évacuation contre 33,3% après la levée de la mesure d'exemption. Ces résultats sont statistiquement significatifs avec $p=0,017$.

En ce qui concerne le temps mis par les femmes pour arriver dans le CMA, nous avons noté que 53,6% des femmes évacuées ont mis moins d'une heure de route pendant la gratuité contre 57,1% après la gratuité. Ces résultats, statistiquement non significatifs, sont présentés dans le tableau IV.

La proportion des patientes examinées dans les quinze minutes qui ont suivi leur admission dans le CMA était de 80,5% avant la gratuité contre 85,9% pendant la gratuité et 93,1% après la gratuité. Ces résultats sont statistiquement significatifs avec $p=0,001$ et sont présentés dans le tableau IV.

Quand la césarienne est décidée en salle de travail, 4,7%, 7,2% et 5% ont bénéficié de l'intervention dans les trente minutes qui ont suivi la prise de décision respectivement avant la gratuité, pendant la période d'exemption et après la gratuité. Ces résultats sont statistiquement non significatifs, $p=0,332$ et sont présentés dans le tableau IV.

Tableau IV : Comparaison des différents délais en fonction des périodes

Type de délai	n(%)	p value
Délai d'attente inférieur à 15 min (N=965)		0,001
1ère Subvention (N=149)	120(80,5)	
Exemption (N=555)	477(86,0)	
2è Subvention (N=261)	243(93,1)	
Délai de décision intervention inférieur à 30 min (N=965)		0,332
1ère Subvention (N=149)	7(4,7)	
Exemption (N=555)	40(7,2)	
2è Subvention (N=261)	13(5,0)	
Délai d'attente d'évacuation inférieur à 30 min (N=336)		0,017
Exemption (N=267)	53(20,0)	
2è Subvention (N=69)	23(33,3)	
Délai de transport inférieur à une heure (N=346)		0,597
Exemption (N=276)	148(53,6)	
2è Subvention (N=70)	40(57,1)	

DISCUSSION

Le caractère rétrospectif et le fait que les documents consultés aient été remplis par les professionnels de la santé qui sont en même temps les praticiens constituent des limites de notre étude. Aussi, les dossiers de césariennes avant la politique de la gratuité (année 2010) ne comportaient pas les heures complètes de prise en charge, donc incomplets.

La comparaison des proportions des femmes référées n'a pas décelé de différence significative entre les périodes. Cela montre que la mise en place de l'exemption de paiement n'a pas incité les prestataires des centres périphériques à faire plus d'évacuations vers le centre de santé de référence. Par contre, la proportion des césariennes réalisées par les médecins formés en chirurgie essentielle a connu une diminution significative au profit des césariennes effectuées par les infirmiers attachés de santé en chirurgie. Cela est imputable d'une part à l'insuffisance du personnel médical dans la plupart des districts ruraux du Burkina Faso, mais aussi d'autre part à la mobilisation des médecins pour les tâches administratives.

Délai entre la prise de décision de référer et le départ effectif de la patiente du CSPS

Les analyses ont montré des différences significatives pour le délai entre la prise de décision de référer et le départ effectif de la patiente du CSPS. Après la période d'exemption, les évacuations étaient plus rapides (20% de femmes évacuées dans les trente minutes qui ont suivi la prise de décision pendant la gratuité contre 33,3% après la gratuité). De ces résultats, nous pourrions dire que la gratuité n'a pas eu un effet significatif allant dans le sens d'améliorer les délais d'évacuation. Ces résultats pourraient être expliqué d'une

part par le fait que la politique d'exemption n'a pas pris en compte un certain nombre d'aspect notamment le transport des accompagnants du CSPS au CMA, les frais liés à leur hébergement dans la ville qui abrite l'hôpital de district alors que ces frais représentent un sérieux problème pour la majorité des ménages résidant en milieu rural. En effet, les parents ont tendance à réunir un peu de moyen financier avant le départ effectif pour le CMA. D'autre part nous avons noté plus haut que les familles avaient tendance à attendre l'ambulance pendant la période d'exemption. Pourtant, cette ambulance quitte le district pour faire l'aller-retour afin d'évacuer les femmes en cas de besoin. Cela pourrait avoir contribué à allonger ce délai. Cette préférence pour l'ambulance pourrait être expliquée par le fait que la gratuité prend en compte le coût du transport du CSPS vers le CMA, les familles ont eu tendance à emprunter ce moyen d'évacuation contrairement aux périodes de subvention où elles empruntaient des moyens de transport qui leur étaient accessibles. L'autre interprétation possible est le fait que les individus, les familles et les communautés ne sont pas assez préparés pour mieux gérer une éventuelle urgence obstétricale. Les prestataires de santé devraient mettre l'accent sur la préparation à l'accouchement et aux situations d'urgence obstétricale pendant les CPN. L'approche IFC (OMS, 2010) dans un tel contexte permettrait une meilleure implication de la communauté car il est reconnu que la disponibilité de services de santé de qualité ne produira pas les résultats escomptés là où il n'y a pas la possibilité pour les femmes, les hommes, les familles et les communautés d'être en bonne santé, de prendre des décisions favorables à leur santé et d'être en mesure de les mettre en œuvre.

Délai entre le départ effectif de la patiente du CSPS et son arrivée au CMA

Nous avons constaté que le temps mis pour accéder aux structures de référence des SONU est toujours allongé et que la politique d'exemption de paiement n'a pas eu d'effet sur ce délai. En effet, près de la moitié des femmes ont fait plus d'une heure de route pour arriver dans le centre de référence pendant l'exemption et après l'exemption. Ces temps sont énormes en raison du fait que la plupart des évacuations qui sont décidées nécessitent une prise en charge rapide afin de sauver la santé de la mère et de l'enfant. Mais, la dégradation des routes, conjuguée au manque d'ambulance dans les différentes communes et à la pauvreté des ménages sont autant de facteurs qui viennent allonger drastiquement les temps de route.

Délai d'attente

La proportion des patientes examinées dans les quinze minutes qui ont suivi leur admission dans le CMA est passée de 80,5% avant la gratuité à 85,9% pendant la gratuité et 93,1% après la gratuité. Nous avons en effet noté une réduction de ce délai avec la gratuité et même après la gratuité. Cette évolution pourrait être expliquée par le fait qu'avec la gratuité la patiente n'avait pas besoin d'exonérer des frais quelconques avant d'être examinée par un personnel de santé contrairement à la première période de subvention où la patiente doit exonérer le ticket de consultation et/ou des gants d'examen et des consommables divers avant d'être examinée. Nous avons aussi constaté que même après la levée de la gratuité le délai est resté meilleur ce qui pourrait être expliqué par le fait que les agents de santé ont maintenu la promptitude qu'ils ont eue pendant la gratuité quant à l'examen des patientes.

Délai de décision-intervention

Pendant la période d'exemption 7,2% des femmes ont été césariées dans les trente minutes qui ont suivi la prise de décision de la césarienne contre respectivement 4,7% et 5% avant la gratuité et après la gratuité. Nos résultats ne sont pas en adéquation avec les recommandations de la plupart des sociétés savantes (ISOG) (Schauberg *et al.*, 1994; MacKenzie and Cooke, 2002) qui préconisent un délai de décision-intervention de trente minutes en cas de césarienne urgente. Cette différence serait expliquée par le fait que nos hôpitaux de district ont une insuffisance des ressources humaines qualifiées. En effet, la majorité de nos hôpitaux de district n'ont pas de Gynécologues obstétriciens. Les césariennes sont réalisées par des médecins généralistes formés en chirurgie essentielle et des attachés de santé qui sont aussi en nombre réduit. Compte tenu de leur nombre ces praticiens n'arrivent pas à assurer les gardes, ainsi devant une urgence obstétricale il faut du temps pour réunir l'équipe d'intervention. Dans certaines situations il faut appeler le chauffeur de l'hôpital qui est de garde qui à son tour va chercher les membres de l'équipe de garde. Cette pratique aurait contribué à allonger les délais de décision intervention dans notre contexte.

CONCLUSION

Au regard des résultats, nous remarquons que le deuxième et le troisième retard persistent toujours dans ce district. La politique d'exemption des paiements n'a pas eu un impact significatif sur les délais de prise en charge car d'une façon générale ils n'ont pas significativement varié. L'assurance de pouvoir intervenir rapidement n'est pas aussi toujours le garant d'un bon état néonatal mais il existe des situations vraiment urgentes qui nécessitent une promptitude dans les évacuations et dans l'examen des femmes. Le renforcement du personnel médical, les formations continues, une meilleure implication des communautés dans la préparation à l'accouchement et aux urgences obstétricales, conjugués à une meilleure organisation des services de santé pourraient contribuer à réduire les délais de prise en charge et par ricochet contribuer à améliorer la santé maternelle et néonatale.

Contribution des auteurs

AC a collecté, analysé les données et rédigé le draft. BO a contribué à la rédaction du draft. AB a écrit le protocole de la recherche, contribué dans l'analyse des données et dans la rédaction du premier draft. IBM a révisé l'article. SK a contribué dans la conception de l'étude, dans l'analyse des données et a révisé l'article. Il est par ailleurs le bénéficiaire des financements de cette recherche.

Financement

Le présent travail a été réalisé en grande partie avec le financement du fonds d'appui à la recherche en santé (FARES).

REMERCIEMENTS

nous tenons à remercier le Ministère de la santé, la Direction régionale de la santé du plateau central et le district sanitaire de Zorgho pour toutes les facilitations dont nous avons bénéficié dans le cadre de cette étude. Nos remerciements vont particulièrement à Dr GUE Edmond, Dr NONGUIERMA Victor qui ont dirigé le district de Zorgho pendant la collecte des données de cette recherche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arsenault, C. (2012) 'Accès aux soins obstétricaux d'urgence au Mali: dépenses catastrophiques et conséquences au sein des ménages'. Available at: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8789> (Accessed: 7 August 2014).
- De Belgique, D. D. du R., MEDA, N. and SONDO, B. (2003) 'Le pilotage du système de santé au Burkina Faso: analyse des stratégies systémiques et individuelles'. Available at: <http://www.itg.be/itg/uploads/publichealth/Rapport%20Final%20Burkina%20Faso.pdf> (Accessed: 11 September 2014).
- De Brouwere, V. and Van Lerberghe, W. (2001) *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique*. ITG Press. Available at: <http://www.itg.be/ITG/GeneralSite/InfServices/Downloads/shsop18.pdf> (Accessed: 7 August 2014).
- Bullough, C. et al. (2005) 'REVIEW: Current strategies for the reduction of maternal mortality', *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(9), pp. 1180–1188. doi: 10.1111/j.1471-0528.2005.00718.x.
- District de Zorgho (2014) 'Plan d'action du district sanitaire de Zorgho de 2014'.
- Dujardin, B., Delvaux, T. and De Bernis, L. (1998) 'La Césarienne de qualité, Analyse des déterminants', *Communication présentée au Vè Congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO). Sénégal: Dakar*.
- Gage, A. J. (2007) 'Barriers to the utilization of maternal health care in rural Mali', *Social Science & Medicine*, 65(8), pp. 1666–1682. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.001.
- Haddad, S. et al. (2011) 'Plus les coûts sont subventionnés, plus les femmes du Burkina Faso accouchent dans les centres de santé', *Note d'information. Montréal: UdeM/CRCHUM/HELP*. Available at: http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/pdf/2011/juin/Note_ExemptionAA_Burkina_Mai11_fr.pdf (Accessed: 4 January 2014).
- Kouanda, S. et al. (2014) 'Audit of cesarean delivery in Burkina Faso', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 125(3), pp. 214–218. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.11.010.
- MacKenzie, I. Z. and Cooke, I. (2002) 'What is a reasonable time from decision-to-delivery by caesarean section? Evidence from 415 deliveries', *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 109(5), pp. 498–504.
- Mbola Mbassi, S., Mbu, R. and Bouvier-Colle, M. H. (2009) 'Délai de prise en charge des complications obstétricales: étude dans 7 maternités au Cameroun', *Médecine tropicale*, 69(5), pp. 480–484.
- Ministère de la santé (no date) 'Plan national de développement sanitaire 2011-2020, Burkina Faso'. Available at: http://www.cooperacionaragon.com/ongs/attachments/197_8-%20PLAN%20NACIONAL%20DE%20DESARROLLO%20SANITARIO_PNDS_2011-2020_Version_finale_SP-PNDS.pdf.
- Ministère de la santé, Burkina (2017) *Annuaire statistique 2016 du ministère de la santé*. Ouagadougou, p. 315.
- OMS (2010) 'Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health.pdf'. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf (Accessed: 4 January 2014).
- Philibert, A. et al. (2014) 'No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso: a case-control study', *BMC Health Services Research*, 14(1), p. 120. doi: 10.1186/1472-6963-14-120.
- Ridde, V., Kouanda, S. and Yaogo, M. (2010) 'La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso'. Available at: http://lasdel.net/Templates/policy_brief_SONUfinal.pdf (Accessed: 7 August 2014).
- Sanon/Ouédraogo Djénéba, Ki/Ouédraogo S and Kouyaté Bokar (2010) *Mise en œuvre de stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso - Recherche Google*. Ouagadougou, p. 71. Available at: <http://www.who.int/evidence/sure/MaternalMortalityBF.pdf> (Accessed: 9 August 2016).
- De la Santé, O. M. (2000) 'Rapport sur la santé dans le monde 2000', *Pour un système de santé plus performant*. Available at: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/fa4.pdf (Accessed: 7 August 2014).
- Schauberger, C. W. et al. (1994) 'Evaluating the 30minutes interval in emergency cesarean sections', *J. Am Coll surg*, (179), pp. 151–5.
- Yves Carine Entwisle et al. (2003) *Structure organisationnelle du système de soins en Haïti*. Travail de fin de programme. Haïti. Available at: http://www.dess.fmp.ueh.edu.ht/pdf/structure_organis_systeme.pdf.
- Zhang, W.-H. and Alexander, S. (2017) 'Objectifs pour un développement durable – pour l'analyse et pour la planification en santé', *Revue de Médecine Périnatale*, 9(1), pp. 3–6. doi: 10.1007/s12611-017-0401-4.