



Compte rendu de la quatrième rencontre bilan national de mise en œuvre des mesures de gratuité des soins

Ouagadougou, CHU-BC du 1er au 02 mars 2018

Equipe de rédaction

- **Mme DISSA/BORO Kadidia**, Administrateur des hôpitaux et des services de santé
- **M. DABIRE Gustave**, Administrateur des hôpitaux et des services de santé
- **Dr TIENDREBEOGO Hubert Patrice**, Pharmacien épidémiologiste
- **Dr MASSIMBO Jean Gabin**, Médecin de santé publique
- **Dr YAMEOGO S. Pierre**, Médecin de santé publique

Pour tout besoin d'informations complémentaires, gratuitedessoins.bukina@gmail.com

Table des matières

Liste des tableaux.....	2
Liste des graphiques.....	2
Introduction.....	3
I. Coordination et suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins.....	4
1.1. Etat de mise en œuvre des recommandations des dernières rencontres bilan.....	4
1.2. Le rappel de la stratégie.....	4
1.3. Analyse des données des rapports mensuels d'activités (RMA).....	6
1.4. Contrôle de l'effectivité réalisé par les ONG.....	10
1.5. Situation de la gestion des irrégularités de mise en œuvre.....	12
1.6. Documents et textes complémentaires de mise en œuvre de la gratuité.....	14
II. Résultats de recherche.....	16
2.1. Charge de travail du personnel de santé du district sanitaire de Bogodogo dans un contexte de gratuité des soins.....	16
2.2. Evaluation des effets des interventions multiples et complexes sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans les hôpitaux.....	17
III. Problématique de la gestion des médicaments.....	18
3.1. Distribution des MEG et plans d'urgence d'approvisionnements de la CAMEG.....	18
3.2. Problématique des médicaments du circuit illicite.....	19
IV. Bonnes pratiques.....	20
4.1. Application de la gratuité des soins à la PCIME communautaire au district sanitaire de Manni.....	20
4.2. Outil de suivi des commandes dans le cadre du nouveau circuit de gestion des fonds gratuité.....	21
4.3. Gratuité des soins au CHUBC.....	22
V. Principales recommandations.....	22
Conclusion.....	23

Liste des tableaux

Tableau 1 : volume des prestations réalisées en 2017	6
Tableau 2 : Montants des biens et services	7
Tableau 3 : Décomposition des soldes par région	10
Tableau 4 : Situation des documents et textes amendés	15
Tableau 5 : Effectifs requis et pression de la charge de travail au DS de Bogodogo.....	16
Tableau 6 : Synthèse des recommandations.....	23

Liste des graphiques

Graphique 1: Répartition des prestations en biens et services	7
Graphique 2 : Distribution des coûts moyens globaux au niveau CSPS	8
Graphique 3 : Distribution des coûts moyens globaux au niveau CMA	8
Graphique 4 : Distribution des coûts moyens globaux au niveau CHR/CHU	9
Graphique 5 : Répartition globale des différents types d'irrégularités.....	12
Graphique 6 : Répartition des irrégularités par région sanitaire.....	13
Graphique 7 : Répartition des irrégularités selon la qualification de l'agent incriminé	13
Graphique 8 : Sanctions prises à l'encontre des agents incriminés	14

Introduction

1. La quatrième rencontre bilan de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans s'est tenue les 1^{er} et 2 mars 2018 dans la salle de réunion du centre hospitalier universitaire Blaise COMPAORE.
2. Cette rencontre, placée sous la présidence effective de Madame la Secrétaire Générale du Ministère de la santé, a été l'occasion pour les participants de dresser le bilan de la mise en œuvre des mesures de gratuité, de faire l'inventaire des forces et des difficultés rencontrées et enfin d'annoncer les perspectives sur la base des leçons apprises.
3. Dans son mot introductif, Madame la secrétaire générale a souhaité la bienvenue aux participants et a indiqué que cette rencontre est le lieu de faire une autocritique de notre système de santé afin de formuler des recommandations pertinentes à même d'améliorer nos indicateurs de santé et d'entamer la marche vers la couverture sanitaire universelle.
4. Dans son allocution, on retiendra également que l'Etat et ses partenaires techniques et financiers ont consenti 28 860 966 357 FCFA pour le paiement des prestations offertes gratuitement par les agents de santé en 2017. Elle a ensuite passé en revue quelques indicateurs sanitaires liés à la mortalité maternelle et infanto-juvénile.
5. Essentiellement, au titre des insuffisances, elle a cité les ruptures fréquentes de médicaments, les cas d'indélicatesses observées, l'insuffisance des supports de gestion. Après ce mot introductif, un temps d'interview a été accordé aux organes de presse.
6. Les travaux proprement dits ont débuté avec la présentation des termes de référence de la rencontre et l'agenda des deux jours de travaux. Les travaux se sont déroulés sous formes d'exposés suivis de discussion. Les différentes communications présentées ainsi que les points de discussion dont elles ont fait l'objet sont synthétisés dans les lignes suivantes.
7. Le présent rapport s'articule autour de cinq grandes parties :
 - les activités de coordination et de suivi de la mise en œuvre ;
 - les données issues des résultats de recherche ;
 - la problématique de la gestion des médicaments ;
 - les bonnes pratiques de mise en œuvre des mesures de gratuité des soins

- les principales recommandations.

I. Coordination et suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins

8. Les présentations synthétisées dans cette partie sont celles du secrétariat technique chargé de couverture sanitaire universelle (ST CSU) d'une part et celles des ONG en charge du contrôle de l'effectivité d'autre part.

1.1. Etat de mise en œuvre des recommandations des dernières rencontres bilan

9. Les recommandations présentées sont celles issues de la 2^{ème} et de la 3^{ème} rencontre bilan. Elles étaient au nombre de vingt (20) dont douze (12) au compte de la 2^{ème} rencontre et huit (08) pour la 3^{ème} rencontre bilan. Ces recommandations étaient relatives :
 - à l'harmonisation des tarifs (3 recommandations) ;
 - au renforcement de la gouvernance (3 recommandations),
 - à la promotion de la maîtrise des coûts (3 recommandations),
 - au renforcement de la communication (2 recommandations),
 - à l'amélioration de l'archivage et de la disponibilité des outils de gestion (3 recommandations),
 - à l'amélioration de la gestion des fonds de la gratuité (2 recommandations),
 - à l'amélioration de la disponibilité du panier de soins gratuits (2 recommandations),
 - à l'amélioration de la gestion du système d'information (2 recommandations).
10. Au total sur 19 recommandations qui sont arrivées à échéance, 11 ont été entièrement réalisées (58%), 3 partiellement (16%) et 5 non réalisées (26%).

La présentation a fait l'objet d'amendements en ce sens que l'état de mise en œuvre devrait fournir les raisons de non mise en œuvre afin que des décisions plus éclairées soient prises.

1.2. Le rappel de la stratégie

11. Ce rappel est fait à chaque rencontre bilan pour faciliter la compréhension de la stratégie aux nouveaux acteurs présents. Le rappel permet également de discuter plus en profondeur sur certains détails avec ceux qui ont plus de connaissance sur la stratégie.

12. Ont ainsi été rappelés, le contexte et la justification de la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins, la composition du panier de soins, les acteurs et leurs rôles, le mécanisme de financement, les indicateurs clés de suivi, les forces et les faiblesses ainsi que les différentes perspectives à court et moyen terme.
13. Sur les indicateurs clés de suivi de la performance, il faut noter au titre du processus :
 - la mise en œuvre des activités de coordination (rencontre bilan, sorties de contrôles, mise en œuvre de recommandations) ;
 - cinq (05) approvisionnements des comptes des districts et des hôpitaux en ressources financières suffisantes ont été effectués à temps ;
 - la bonne complétude dans la transmission des rapports mensuels d'activités de gratuité surtout au niveau CSPS (96,1%) et CHR/CHU (93,6%). Les CMA et CM avec laboratoire sont ceux qui ont présenté la plus faible complétude avec seulement 84,0% ;
 - la faiblesse de l'index de satisfaction des commandes des DRD à la CAMEG : moins de 60% courant l'année 2017 ;
 - l'amélioration du paiement des dettes CAMEG (141,4% de dettes échues réglées en octobre). Une quinzaine de DRD sont à féliciter car elles n'enregistrent aucune dette échue au 31 décembre 2017.
14. Au titre des indicateurs de résultats on note :
 - une augmentation significative du nombre de nouveaux contacts chez les enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires passant de 1,7% depuis 2012 à 2,4% en 2016
 - un taux quasi inchangé de césariennes parmi les naissances vivantes (2,36 en 2015 et 2,38 en 2016) ; ce qui traduit une bonne maîtrise ;
 - le plus bas niveau de dépenses de santé des ménages fut enregistré en 2016 (31,5%) comparativement aux années 2011 à 2015 où il était de 36,2%.
15. Les indicateurs d'impact comme le taux de mortalité, l'espérance de vie, les dépenses catastrophiques nécessitent de réaliser des études spécifiques.
16. Relativement aux forces des mesures de gratuité, il faut retenir principalement l'effectivité de la gratuité des soins et un financement conséquent car il existe un engagement politique au plus haut niveau de l'Etat.
17. Sur les difficultés, on note les ruptures de médicaments et la persistance des irrégularités.

18. En termes de perspectives, il est envisagé d'étendre la prise en charge gratuite au niveau ASBC, de démarrer la gratuité de la planification familiale, de mettre en place un système d'achat stratégique des soins de gratuité et de procéder à la certification des hôpitaux, tout ceci en appui à l'opérationnalisation de l'Assurance maladie universelle.
19. Les échanges sur cette présentation ont permis de clarifier davantage la composition du panier de soins, la bonne estimation des cibles bénéficiaires et les modalités d'inclusion des structures privées de soins dans la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins.
20. Des réflexions ont été lancées sur un ensemble de défis pour le secteur de la santé tels la gouvernance, le financement, l'appui efficient des PTF, la qualité des soins.

1.3. Analyse des données des rapports mensuels d'activités (RMA)

21. L'analyse des données du rapport mensuel d'activités est réalisée chaque mois afin d'affiner les données saisies, rendre compte et contribuer à la maîtrise des coûts. L'ensemble des RMA saisis via la plateforme e-gratuité des soins permettent de présenter le volume des prestations, d'analyser globalement ou de façon désagrégée les coûts moyens et de faire ressortir les flux financiers. Le volume des prestations réalisées en 2017 étaient de 16 920 745 cas pris en charge gratuitement pour un montant de 28 860 966 357 FCFA. Le tableau 1 présente les quantités et les coûts par groupe de prestations.

Tableau 1 : volume des prestations réalisées en 2017

GROUPES DE PRESTATIONS	CONTENU	QUANTITE	COUT
Gratuité des soins chez les enfants	- Soins curatifs en ambulatoire	10 815 187	15 088 328 314
	- Soins curatifs en hospitalisation		
Gratuité des soins pendant la grossesse	- Soins préventifs,	4 836 348	6 708 328 784
	- Soins curatifs en ambulatoire		
	- Soins curatifs en hospitalisation		
Gratuité des accouchements et des interventions obstétricales	- Accouchements par voie basse,	1 245 909	7 031 182 749
	- Césarienne,		
	- Soins obstétricaux d'urgence,		
	- Soins néonataux d'urgence		
	- Cures de fistules obstétricales,		

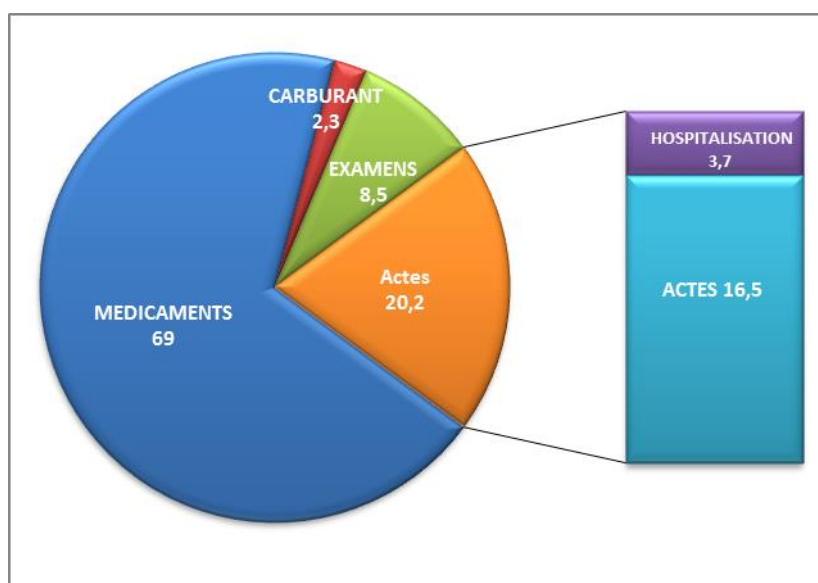
	- Laparotomies		
Gratuité du dépistage et du traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus	- IVA/IVL, - RAD, - Cryothérapie	23 301	33 126 510
TOTAL GENERAL		16 920 745	28 860 966 357

La répartition du montant total (28 860 966 357 FCFA) de ces prestations en biens et services se présente comme suit en valeur absolue dans le tableau et en valeur relative, c'est-à-dire en % dans le graphique suivant.

Tableau 2 : Montants des biens et services

BIENS ET SERVICES	MONTANT 2017	POIDS 2017
Médicaments	19 914 066 786	69%
Carburant	663 802 226	2,3%
Consultation, interventions	4 762 059 449	16,5%
Examens complémentaires	2 453 182 140	8,5%
Hospitalisation	1 067 855 755	3,7%
Total général	28 860 966 357	100%

Graphique 1: Répartition des prestations en biens et services

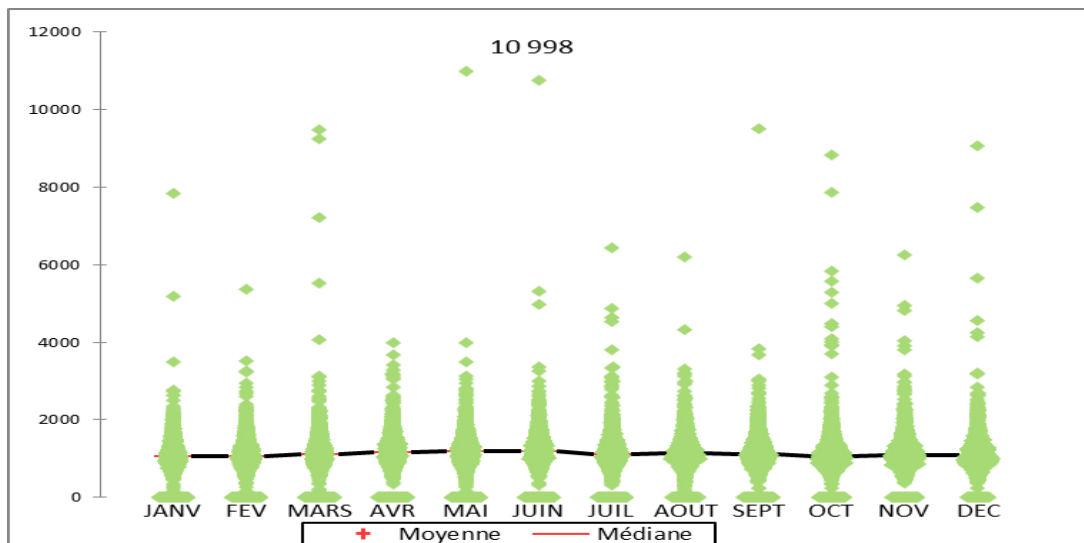


22. **Commentaire :** Dans le calcul du poids des biens et services, N= 28 860 966 357 représentant le coût total des prestations 2017, on note que les médicaments

représentent le plus grand poids. Comparativement à 2016 où il était de 69,7%, ce poids a sensiblement baissé. Le poids du carburant a significativement baissé par rapport à 2016 passant de 9,2% à 2,3%. Le poids de l'ensemble des actes (examens, hospitalisation, consultations, interventions) a par contre augmenté passant de 21,1% en 2016 à 28,7% en 2017.

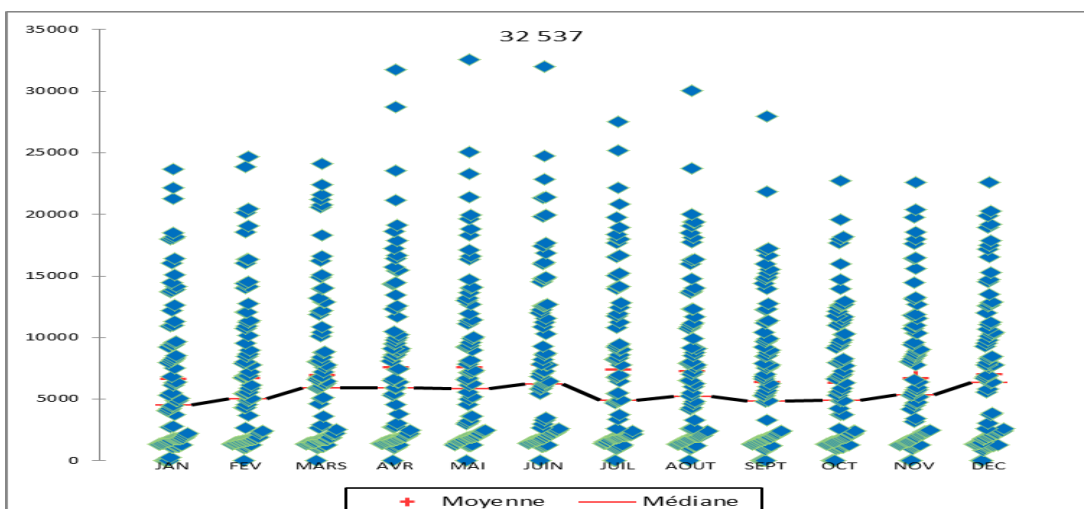
23. Concernant l'analyse des coûts moyens, la distribution des coûts moyens globaux par niveau de soins est présentée dans les graphiques ci-après.

Graphique 2 : Distribution des coûts moyens globaux au niveau CSPS



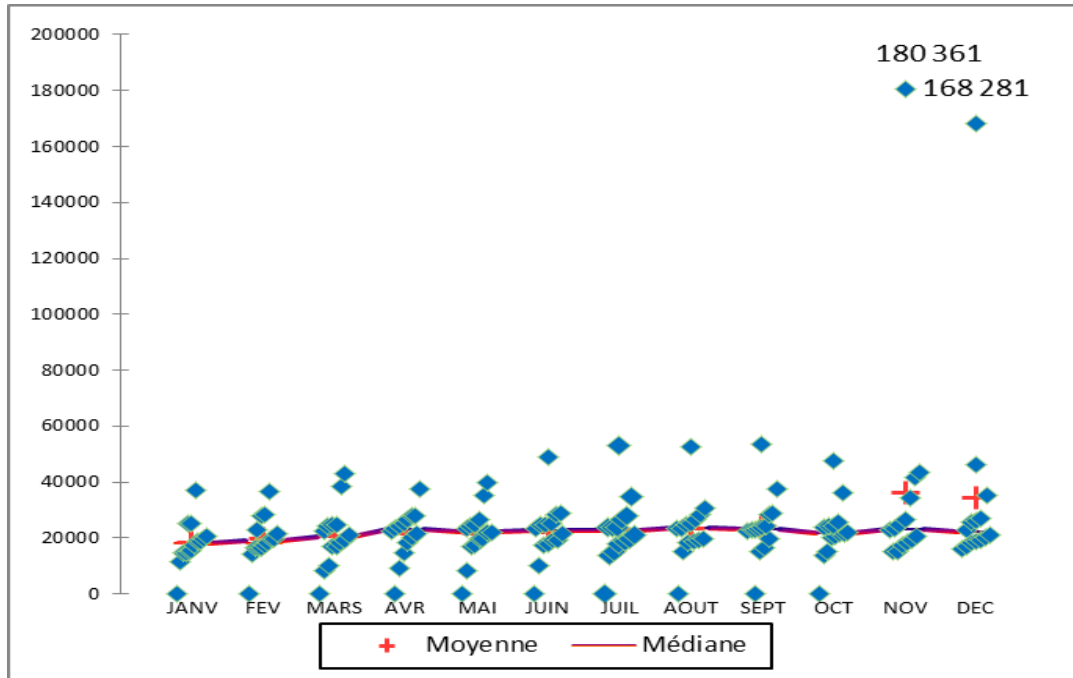
24. **Commentaire** : On observe une bonne tendance de maîtrise des coûts au niveau CSPS. La courbe de tendance de la médiane est presque une ligne droite se situant entre 1000 et 1200 FCFA.

Graphique 3 : Distribution des coûts moyens globaux au niveau CMA



25. **Commentaire :** Au niveau CMA, les coûts ne sont pas stables. On observe une fluctuation au cours de l'année de la médiane allant de 4500 à 6500 FCFA.

Graphique 4 : Distribution des coûts moyens globaux au niveau CHR/CHU



26. **Commentaire :** Les coûts globaux sont presque stabilisés au niveau des CHR/CHU comme l'indique la courbe de tendance qui est presque droite. La médiane se situe entre 22000 et 23000 FCFA. Il faut noter cependant qu'avec la prise en compte du CHU BC dans la gratuité à partir de Novembre 2018, on constate des extrêmes de plus de plus de 180 000 FCFA au mois de Décembre 2018.
27. L'évolution des coûts moyens désagrégés des prestations montrent une certaine maîtrise à tous les niveaux pour les soins en ambulatoire. Les soins en hospitalisation présentent par contre des difficultés de stabilisation.
28. **Focus sur les flux financiers :** six (06) régions présentaient des soldes négatifs en fin décembre 2017 et sept (07) avaient des soldes positifs. Le solde global au niveau national était positif et s'élevait à 159 496 347 FCFA. Il faut noter également que des retenues pour surfacturation ont été faites cette année sur les formations sanitaires contrôlées par les ONG. Le montant total de ces retenues s'élevait à 278 439 145 FCFA.

Le tableau 3 présente les détails des soldes par région.

Tableau 3 : Décomposition des soldes par région

Région	Approvisionnement 2017	Consommation 2017 déclarée	Total discordances	Consommation 2017 validé	Solde 2017
Centre est	2 376 332 528	2 501 369 371	22 453 388	2 478 915 983	-102 583 455
Centre nord	2 143 446 517	2 229 030 680	6 395 989	2 222 634 691	-79 188 174
Plateau central	1 255 632 284	1 316 224 528	1 107 088	1 315 117 440	-59 485 156
Sahel	1 657 626 791	1 706 931 280	23 304 696	1 683 626 584	-25 999 793
Nord	1 959 252 687	1 977 051 950	347 987	1 976 703 963	-17 451 276
Centre sud	741 969 736	755 682 939	6 408 846	749 274 093	-7 304 357
Centre ouest	2 051 391 452	2 044 393 911	2 983 259	2 041 410 652	9 980 800
Sud-ouest	1 997 266 734	1 973 989 666	11 732 026	1 962 257 640	35 009 094
Boucle du Mouhoun	2 104 767 747	2 065 485 372	911 121	2 064 574 251	40 193 496
Centre	4 423 671 395	4 470 103 481	104 464 592	4 365 638 889	58 032 506
Est	2 842 534 594	2 787 776 335	30 411 177	2 757 365 159	85 169 435
Hauts bassins	3 581 876 481	3 525 871 491	38 670 770	3 487 200 721	94 675 760
Cascades	1 606 254 613	1 507 055 353	29 248 206	1 477 807 147	128 447 466
Total général	28 742 023 559	28 860 966 357	278 439 145	28 582 527 212	159 496 347

29. Les points de discussion abordés sur cette présentation ont concerné les conséquences des sanctions financières et des soldes négatifs sur les formations sanitaires, la fiabilité des données quantitatives, le coût total de prise en charge gratuite du parcours du malade, l'analyse des coûts qui ne semble pas suffisante.

30. Les participants ont été rassurés sur le fait que les sanctions financières ne briment pas les formations sanitaires et que les soldes négatifs font l'objet de compensation au prochain approvisionnement. Egalement, les données quantitatives sont fiables comme en témoignent les différents contrôles de l'effectivité. Enfin l'analyse des coûts moyens est pertinente car elle présente des tendances qui dans le temps ne doivent pas varier significativement. L'analyse permet aussi de comparer les formations sanitaires de même niveau de prestations. Enfin elle permet de détecter les changements de pratique de la formation sanitaire en termes de tarification ou de prestations de soins.

1.4. Contrôle de l'effectivité réalisé par les ONG

31. Le contrôle de l'effectivité fait l'objet de contractualisation entre le ministère de la santé et des structures indépendantes de vérification que sont les ONG internationales Help, Save the children, Action contre la faim, et Terre des

hommes. Les ONG ont d'abord présenté la méthodologie de contrôle avant de dérouler les principaux résultats atteints en 2017.

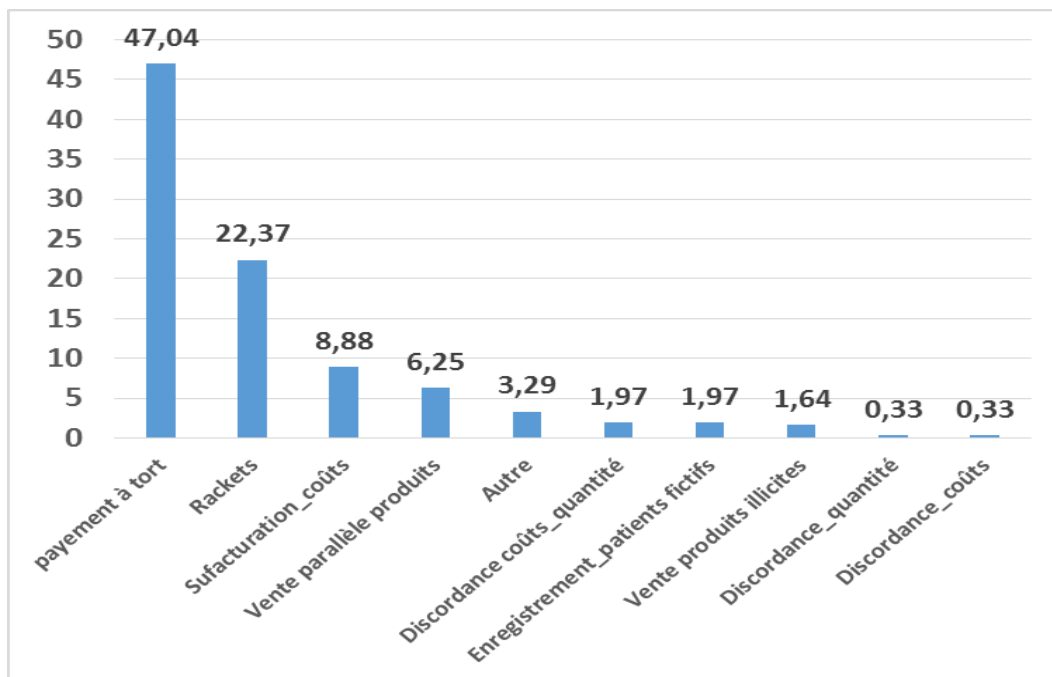
32. Concernant la méthodologie de contrôle, trois principales techniques sont utilisées. Il s'agit de la revue documentaire, de l'enquête formation sanitaire et de l'enquête ménage. Plusieurs indicateurs sont calculés grâce aux données collectées sur la base de ces techniques. On peut citer le taux de concordance des données, la proportion d'ordonnances complètement honorées dans la formation sanitaire, le taux d'effectivité, etc.
33. Toutes les ONG ont couvert plus de 100% du nombre de formations sanitaires prévues dans le contrat de travail 2017. Au total 1013 formations sanitaires ont été contrôlées sur 670 attendues, soit un taux de couverture de 151,19%. Concernant les résultats de contrôle, notons qu'au titre de la revue documentaire :
 - les taux de concordance des coûts déclarés vont de 99% dans le Centre nord à 93% dans le Sahel. Le montant total des discordances s'élève à 391 890 923 FCFA ;
 - la proportion de formations sanitaires de base (CSPS) respectant la norme du nombre moyen de médicaments par ordonnance va de 22,73% au Nord à 0% dans les régions du Centre nord et du Sud-Ouest ;
 - la proportion de formations sanitaires respectant la norme de prescriptions des antibiotiques s'élève à 65,91% au Centre-Est à 10% au Sud-Ouest ;
 - la proportion de formations sanitaires respectant la norme de remplissage des ordonnances s'étend de 32,31% à 0% dans les régions du Plateau central, du Nord, des Cascades et du Sud-ouest.
34. L'enquête auprès des bénéficiaires dans la formation sanitaire comme dans les ménages a abouti aux résultats suivants :
 - la proportion globale de patients retrouvés est de 81,20% ;
 - l'évolution du taux d'effectivité globale présente des baisses à partir du mois de septembre dans la majorité des régions. Ce taux atteint jusqu'à 100% certains mois. Il baisse sensiblement lorsque l'on ne s'en tient qu'à l'effectivité des médicaments prescrits.
35. Des difficultés et suggestions ont clos cette présentation. Principalement au titre des difficultés, il faut retenir la réticence des patients pour l'enquête ménage dans

les formations sanitaires, l'insuffisance dans l'archivage et le remplissage des outils, les ruptures d'outils de gestion, la non harmonisation des tarifications, les difficultés de restitution des résultats aux responsables des structures, etc. Les suggestions faites sont en lien avec la résolution de ces différentes difficultés. Les échanges ont insisté sur le fait que des efforts de restitution et ou de transmission des résultats doivent être fournis par les ONG afin que les DRS et MCD puissent entreprendre des actions à temps.

1.5. Situation de la gestion des irrégularités de mise en œuvre

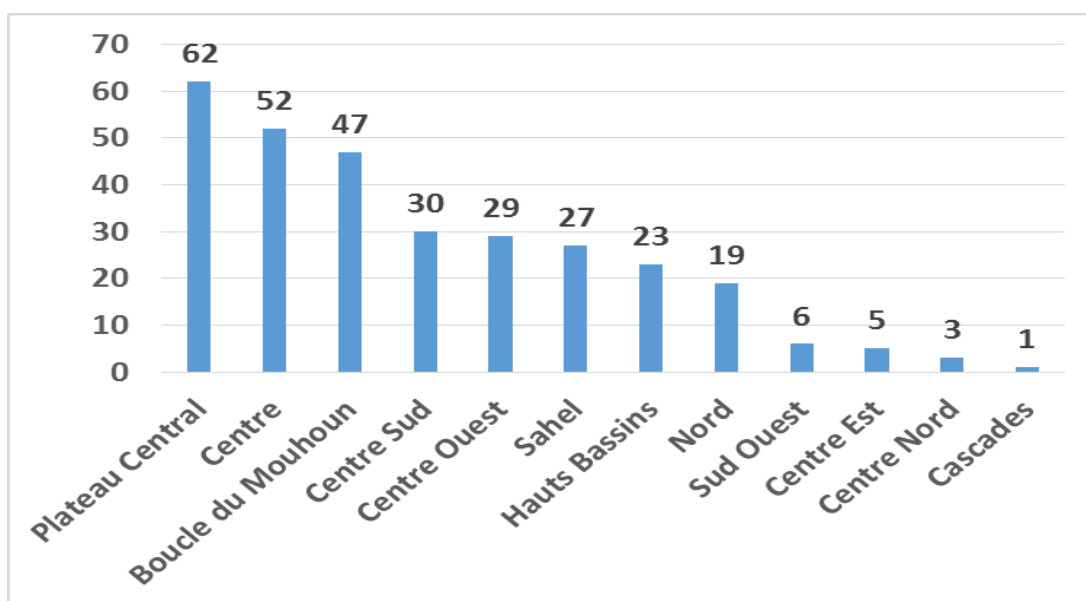
36. Un dispositif de suivi des irrégularités est mis en place au sein du ST-CSU. Comme bilan 2017, le ST-CSU a pu colliger 304 cas d'irrégularités qui ont été rapportées par les ONG dont 85% relèvent ont été commises dans les CSPS. Les paiements à tort viennent en tête dans les types d'irrégularités rencontrées suivis des rackets. Le graphique suivant donne le poids de chaque type d'irrégularité parmi les 304 cas notifiés.

Graphique 5 : Répartition globale des différents types d'irrégularités



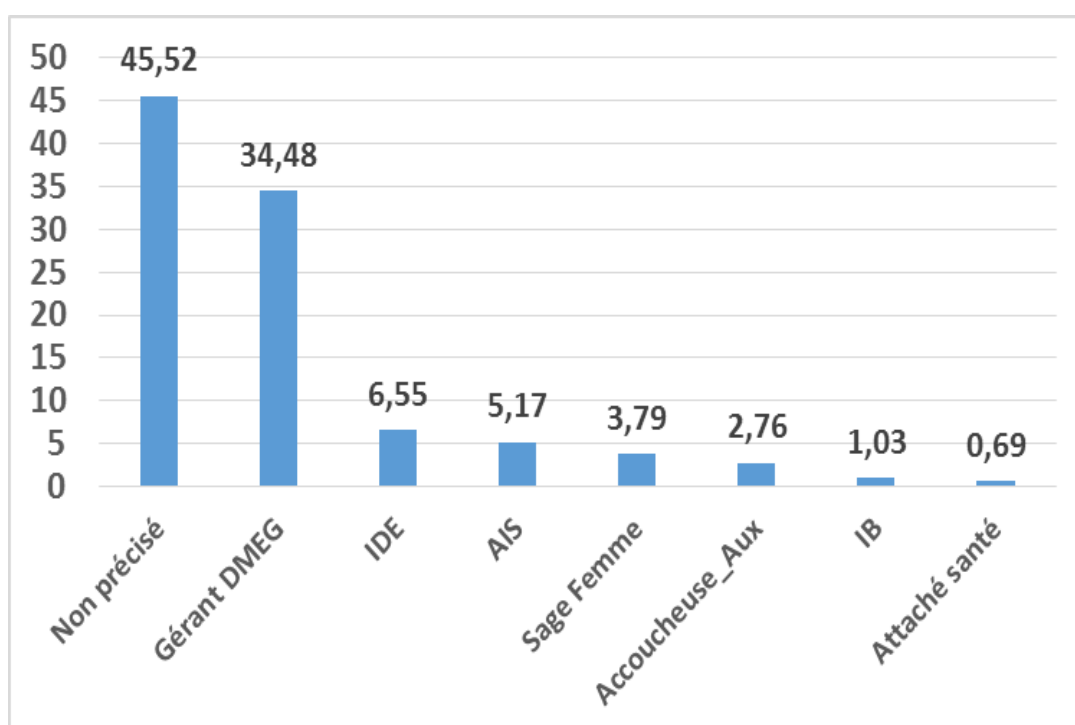
37. En ventilant les 304 cas notifiés par région, le Plateau central enregistre le plus grand nombre de cas contrairement à la région des Cascades qui n'enregistre qu'un seul cas. Le graphique suivant donne la cartographie des irrégularités.

Graphique 6 : Répartition des irrégularités par région sanitaire



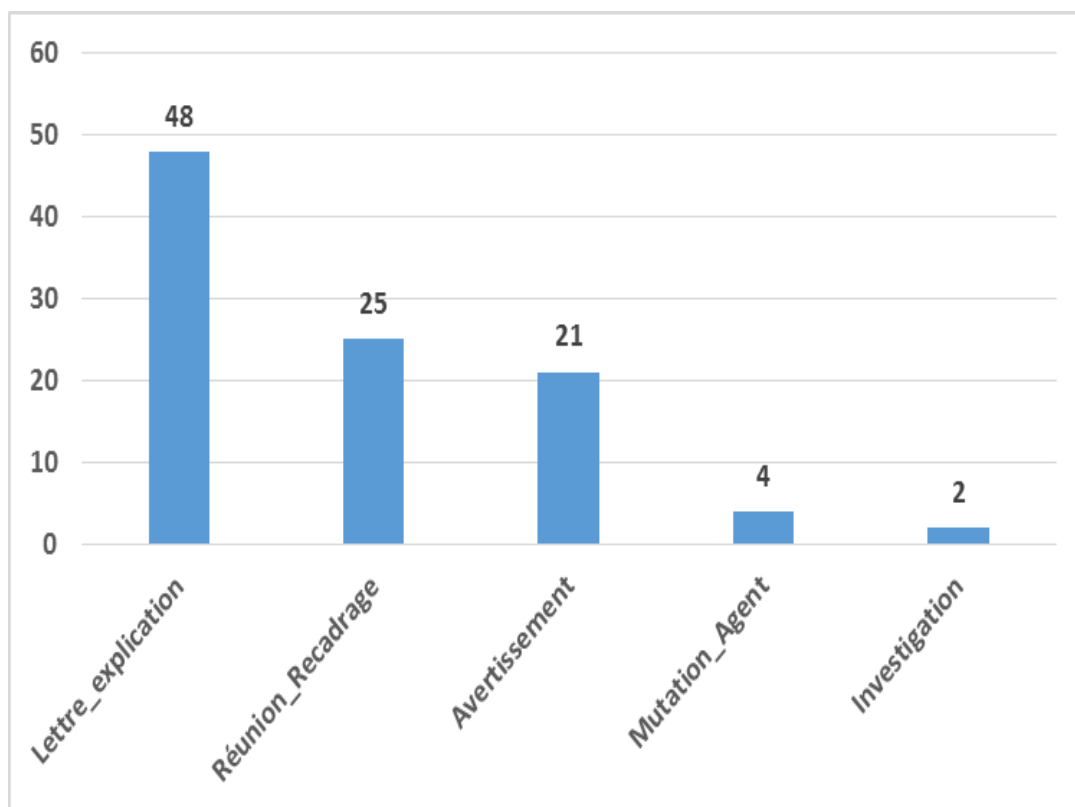
38. Les gérants de DMEG sont les agents les plus incriminés parmi les 304 cas notifiés comme indiqué dans le graphique ci-après.

Graphique 7 : Répartition des irrégularités selon la qualification de l'agent incriminé



39. Enfin sur les mesures prises à l'encontre des agents incriminés par la hiérarchie, 100 actions ont été notifiées par les DRS et transmises au ST-CSU. Les lettres d'explication sont les actions les plus entreprises comme présentées dans le graphique suivant.

Graphique 8 : Sanctions prises à l'encontre des agents incriminés



40. Au cours des discussions, il est ressorti que les résultats du contrôle contrastent avec la présentation faite par la direction en charge des approvisionnements pharmaceutiques. Un participant a estimé que les ventes illicites ou parallèles de médicaments ne constituent pas les irrégularités les plus importantes parmi les cas notifiés.

1.6. Documents et textes complémentaires de mise en œuvre de la gratuité

41. Les mesures de gratuité des soins sont mises actuellement en œuvre sur la base d'un décret et d'un arrêté conjoint. Cette situation était voulue à dessein afin d'apprendre en faisant (learning by doing). Après plus d'une année de mise en œuvre, les leçons apprises ont permis à présent d'élaborer des documents et textes complémentaires. Ces documents et projets de textes ont été validés au cours d'un atelier national et soumis à l'approbation des membres de la réunion du cabinet du ministère de la santé le 7 Février 2018. Le tableau suivant fournit la liste des différents documents et textes, la décision de la réunion de cabinet ainsi que les prochaines étapes.

Tableau 4 : Situation des documents et textes amendés

N°	Textes réglementaires	Décision de la réunion de cabinet	Prochaines étapes
1	Stratégie nationale de mise en œuvre de la gratuité	ADOPTE	Soumission à la commission interministérielle de planification avant introduction en conseil de Ministres
2	Manuel de procédure de la gratuité des soins	ADOPTE	Soumission à la commission interministérielle de planification avant introduction en conseil de Ministres
3	Arrêté portant modalités d'inclusion des établissements sanitaires privés dans la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso + convention type	ADOPTE	Introduction dans le circuit pour signature du Ministre de la santé
4	Arrêté portant composition du panier de soins de la gratuité au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans vivant au Burkina Faso	ADOPTE	Introduction dans le circuit pour signature du Ministre de la santé
5	Arrêté portant détermination des dépenses éligibles dans le cadre de la gratuité des soins offerts par les ASBC au profit des enfants de moins de cinq ans au Burkina Faso	ADOPTE	Introduction dans le circuit pour signature du Ministre de la santé
6	Arrêté portant modalités de gestion des fonds de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans vivant au Burkina Faso	ADOPTE	Introduction dans le circuit pour signature du Ministre de la santé
7	Arrêté portant modalités de suivi et de contrôle de la mise en œuvre de la gratuité des soins au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (05) ans au Burkina Faso	ADOPTE	Introduction dans le circuit pour signature du Ministre de la santé
8	Arrêté portant modalités d'achat stratégique des prestations de soins gratuits dans les formations sanitaires publiques de l'Etat (CMA, CHR, HD et CHU)	ADOPTE avec recommandations (ne pas dépasser 3 étoiles)	Introduction dans le circuit pour signature du Ministre de la santé. Mise en place de la stratégie avant la fin du 1er semestre 2018
9	Décret portant base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et base générale de tarification des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements publics de santé hospitaliers du Burkina Faso	NON ADOPTE , poursuivre la réflexion. Les participants estiment que les tarifs proposés sont dérisoires	Prévoir un atelier d'explications et de proposition de scénario de mise en œuvre. NB : le ST AMU est prêt pour financer la tenue de l'atelier
10	Arrêté portant tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso	NON ADOPTE , poursuivre la réflexion. Les participants estiment que les tarifs proposés sont dérisoires	Prévoir un atelier d'explications et de proposition de scénario de mise en œuvre. NB : le ST AMU est prêt pour financer la tenue de l'atelier
11	Arrêté fixant les modes de répartition et de paiement des recettes issues de l'exploitation des formations sanitaires publiques de soins (CSPS, CM, CMA) au Burkina Faso	NON ADOPTE , le mode de calcul ne semble pas convaincre	Refaire une simulation complète dans des formations sanitaires
12	Arrêté fixant les modes de répartition et de paiement des ristournes des professionnels de santé dans les établissements publics de santé	NON ADOPTE , le mode de calcul ne semble pas convaincre	Refaire une simulation complète dans des formations sanitaires

42. Cette communication n'a pas pu être présentée sous forme d'exposé suivi de discussions pour des raisons de perturbation dues aux attaques terroristes. Mais tous les documents et la présentation PowerPoint ont été partagés aux participants.

II. Résultats de recherche

43. Deux (02) travaux de recherche ont été présentés au cours de la rencontre. Il s'agit des résultats d'un mémoire de fin d'études dont le thème portait sur la charge de travail au district sanitaire de Bogodogo et d'un autre sur les effets des interventions multiples en santé.

2.1. Charge de travail du personnel de santé du district sanitaire de Bogodogo dans un contexte de gratuité des soins

44. La mise en œuvre des mesures de gratuité des soins a entraîné de nombreuses plaintes formulées le personnel soignant sur l'augmentation de la charge de travail. Ces plaintes n'étaient jusque-là pas basées sur des études ou évidences scientifiques. Cette étude s'inscrit en droite ligne de la vérification du bienfondé de ces plaintes.
45. La méthode utilisée dans l'étude est le WISN (Workload Indicators of Staffing Need) ou indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail. Il s'agit d'une méthode de gestion des ressources humaines mise au point par l'OMS et servant à évaluer la pression de la charge de travail des agents de santé d'une structure sanitaire et de déterminer le nombre d'agents de santé nécessaires pour faire face à la charge de travail d'une structure.
46. Les principaux résultats obtenus sont synthétisés dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Effectifs requis et pression de la charge de travail au DS de Bogodogo

F S	Catégorie professionnelle	Effectif disponible	Effectif requis selon le temps de travail	Différence	Problème	Ratio de WISN < 1 = pression élevée >1 = aucune pression	Pression de la charge de travail
Formations sanitaires du milieu urbain							
Wemtenga	Infirmier	23	13	10	surnombre	1,78	aucune
	Sage-femme	19	7	12	surnombre	2,58	aucune
Dassasgho	Infirmier	29	9	20	surnombre	3,35	aucune
	Sage-femme	29	11	18	surnombre	2,63	aucune
Secteur 30	Infirmier	26	13	13	surnombre	2,04	aucune

	Sage-femme	22	14	8	surnombre	1,54	aucune
TA secteur 30	Infirmier	12	9	3	surnombre	1,38	aucune
	Sage-femme	19	7	12	surnombre	2,84	aucune
Formations sanitaires du milieu péri urbain							
Yamtenga	Infirmier	15	12	3	surnombre	1,25	aucune
	Sage-femme	18	12	6	surnombre	1,52	aucune
Dagnongo	Infirmier	13	6	7	Surnombre	2,09	aucune
	Sage-femme	15	5	10	surnombre	2,85	aucune
Formations sanitaires situées en milieu rural							
Koubri	Infirmier	8	9	-1	Pénurie	0,97	élevée
	Sage-femme	7	6	1	surnombre	1,14	aucune
Gonsé	Infirmier	4	3	1	surnombre	1,49	aucune
Tanlarghin	Infirmier	3	5	-2	Pénurie	0,66	élevée
Boudtenga	Infirmier	3	1	2	surnombre	2,04	aucune
Gampela	Infirmier	6	4	2	surnombre	1,58	aucune

47. **Commentaire** : On remarque que dans le district sanitaire de Bogodogo, 9 sur 11 formations sanitaires objet de l'étude sont en surnombre d'agents de santé. La pression de travail existe seulement dans deux formations sanitaires du milieu rural (Koubri et Tanlarghin).
48. Après plusieurs échanges sur la méthodologie, les grandes recommandations issues de l'étude sont la formation des gestionnaires des établissements de santé à la méthode WISN et l'extension de l'étude à toutes les structures de santé. L'étude a été beaucoup appréciée et a suscité des questions de compréhension sur son contexte de réalisation et ses possibilités d'extension.

2.2. Evaluation des effets des interventions multiples et complexes sur l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans les hôpitaux

49. Cette étude a évalué les effets de la mise en œuvre consécutive et/ou simultanée des stratégies SONU, FBR et gratuité des soins dans huit hôpitaux du Burkina (4 FBR et 4 non FBR). Les données quantitatives utilisées sont le nombre d'accouchements, de césariennes et de consultants en pédiatrie.
50. Comme résultats de chaque stratégie prise de façon isolée, il ressort que :
- le FBR n'a pas entraîné de hausse des accouchements, ni de hausse de consultations chez les enfants. Les causes probables de cette absence d'effets sont entre autres le fait que la stratégie FBR est en phase pilote, le niveau de soins des hôpitaux qui sont des centres de références recevant des cas plus compliqués ;

- la gratuité des soins n'a pas non plus entraîné la hausse des accouchements dans les CHR mais plutôt une hausse des consultations chez les enfants. Le temps d'observation à ce niveau a été plus court car la stratégie venait juste d'être mise en œuvre

51. Les résultats de la mise en œuvre combinée des stratégies FBR/Gratuité sont ceux-ci :

- une plus grande hausse des consultations chez les enfants.
- aucun effet sur les césariennes et les accouchements
- une plus grande incitation financière des prestataires

En somme, l'étude révèle que les interventions multiples n'ont pas forcément des conséquences sur les indicateurs de santé.

52. Comme points de discussion, les participants ont estimé que les conclusions de l'étude pouvaient être mieux approfondies pour les lier aux objectifs recherchés par chaque stratégie.

III. Problématique de la gestion des médicaments

3.1. Distribution des MEG et plans d'urgence d'approvisionnements de la CAMEG

53. Une première présentation a été faite sur la gamme de produits distribués par la CAMEG, les procédures de fixation de leurs prix et enfin l'organisation de la distribution des produits.

54. La CAMEG dispose actuellement de la logistique et d'espaces de stockage conséquents pour la distribution. A ce jour cependant, des difficultés existent pour mener à bien la distribution. Il s'agit de la faible disponibilité des produits, la lenteur dans la transmission des documents de vente, la lourdeur des procédures d'achat des hôpitaux, l'augmentation des créances auprès des DS et des hôpitaux.

55. Des recommandations ont été faites à l'endroit du ministère de la santé pour la résolution des difficultés qui lui incombent. Sur la faible disponibilité des produits, des plans d'urgence sont en cours de mise en œuvre par la CAMEG. La deuxième communication a présenté ces plans d'urgence. Pour faire face à la surconsommation des produits due à la mise en œuvre de la gratuité des soins, un premier plan d'urgence a été élaboré et mis en œuvre. Ce plan n'a cependant pas permis de rompre la chaîne des ruptures. Ce plan a engendré des frais

additifs de 318 millions FCFA que la CAMEG devra supporter à cause des frets aériens de dépannage.

56. Un second plan est en cours de mise en œuvre. Il permettra de rendre disponibles des produits d'une valeur de plus de 2 milliards FCFA. Ce plan ciblera les produits cibles de la politique de gratuité et permettra de relever les niveaux de stocks à trois mois d'ici mi-mars 2018. Il est prévu dans ce plan de mieux réorganiser le circuit de distribution afin de maîtriser les approvisionnements. Cependant, il engendrera des frais supplémentaires de 400 millions FCFA.
57. Les discussions ont permis d'éclairer les participants sur les autres causes de rupture des médicaments. Parmi celles-ci, on note les procédures à respecter par la CAMEG, le statut actuel de la CAMEG qui ne rassure pas les fournisseurs extérieurs dans la livraison des produits, les dettes fournisseurs, etc.

3.2. Problématique des médicaments du circuit illicite

58. L'ampleur du phénomène a été présentée avant de faire un focus sur le novalgin. Sur l'ampleur, il ressort que tous les pays sont touchés par la contrefaçon de médicaments. Un médicament sur 10 vendus dans le monde est probablement un faux (Food and Drug Administration). En Afrique, les taux de médicaments falsifiés varient entre 30 % et 70 % selon les pays (OMS). Au Burkina Faso, ce taux se situe autour de 10%.
59. Plusieurs facteurs sont favorables à l'aggravation du phénomène tels le trafic extrêmement lucratif, les risques pénaux trop faibles, la grande porosité des frontières, la vulnérabilité des chaînes d'approvisionnement vulnérables.
60. S'agissant spécifiquement du novalgin, son utilisation abusive et inappropriée est de plus en plus courante dans les formations sanitaires périphériques du Burkina. En effet, certains agents de santé des CSPS, CM et CMA le proposent en vente fréquemment à leurs patients comme le révèlent les contrôles de gratuité, les veilles citoyennes, la presse et les réseaux sociaux. Pourtant, le novalgin est interdit dans ces structures. Il n'est autorisé que dans les centres de références (CHR/CHU) et cela dans certaines conditions.
61. Face à cette utilisation abusive, le ministère a entrepris des actions notamment les notes d'informations, les sensibilisations, les inspections approfondies dans certaines structures sur les cas d'alerte.

62. Cependant pour venir à bout de ce circuit de vente illicite, il est nécessaire à court terme de renforcer/repandre les contrôles des DMEG dans toutes les régions, sensibiliser les agents de santé sur les risques liés à l'utilisation du novalgin et prendre des sanctions à l'encontre de ceux qui s'adonnent à cette pratique.

A long terme, il est envisagé de prendre des textes de lois pour encadrer et renforcer le dispositif de lutte contre les faux médicaments. La collaboration intersectorielle (santé, douanes, police et gendarmerie) doit également être renforcée.

IV. Bonnes pratiques

63. Cette quatrième rencontre bilan a été l'occasion de présenter quelques bonnes pratiques observées au district sanitaire de Manni, à la DRS du Centre et au CHU-Blaise COMPAORE.

4.1. Application de la gratuité des soins à la PCIME communautaire au district sanitaire de Manni

64. Le district sanitaire de Manni avec l'appui de l'UNICEF a réussi à étendre la gratuité des soins au niveau communautaire. Les agents de santé à base communautaire (ASBC) du district prennent actuellement en charge la toux, la diarrhée, la fièvre et le paludisme des enfants de 2 à 59 mois. Ces prestations sont intégrées dans les rapports mensuels gratuité des CSPS.

65. Les acquis/forces de cette PCIME-C gratuite au DS de Manni sont :

- la disponibilité des intrants pour les ASBC
- la baisse d'affluence et réduction de la charge de travail au niveau de la formation sanitaire
- l'amélioration de l'accessibilité des soins
- la réduction des cas graves
- le renforcement de la collaboration entre agents de santé et ASBC.

66. Comme difficultés, le district note :

- le faible niveau d'alphabétisation de certains ASBC
- l'insuffisance de la motivation des ASBC : irrégularité des paiements
- la faible mobilité des ASBC/absence de moyen de déplacement/carburant
- la baisse de revenus et des ristournes des CSPS due à la non tarification des actes posés par les ASBC et à la baisse de l'affluence au niveau CSPS

- l'insuffisance de ressources financières pour la supervision de proximité (carburant)
 - l'augmentation de la charge financière des CSPS (ordonnanciers)
67. En termes de perspectives, le district recommande :
- l'appui pour la reproduction des supports
 - le passage à l'échelle de la gratuité communautaire
 - le contrôle des ASBC par les contrôleurs de la gratuité des soins
 - l'organisation de prix d'excellence ASBC par commune
 - le paiement régulier des primes de motivation des ASBC
68. Le district a été félicité pour cet effort. L'irrégularité du paiement des primes des ASBC et leur niveau d'alphabétisation ont retenu l'attention lors des discussions.

4.2. Outil de suivi des commandes dans le cadre du nouveau circuit de gestion des fonds gratuité

69. Le nouveau circuit de gestion des fonds de la gratuité a été mis en place en Décembre 2017 en vue d'alléger le circuit et d'améliorer l'efficacité de la gestion des fonds publics. Il doit permettre aux formations sanitaires de disposer plus rapidement des médicaments au DRD car la contrepartie financière des médicaments est directement retenue au district et reversée au DRD qui à son tour reverse à la CAMEG. Sur tout le circuit ainsi, les commandes se font sur la base des avances virtuelles.
70. Dans le cadre de ce nouveau circuit, la DRS de la région du Centre s'est dotée d'un outil conçu sur Excel afin de suivre au jour le jour les commandes des formations sanitaires par district. Cet outil a ainsi été présenté avec des exercices à l'appui pour s'assurer de sa fonctionnalité. La situation en fin février des commandes et soldes des formations sanitaires du district sanitaire de Bogodogo a enfin été présentée.
71. La seule difficulté soulevée par le présentateur est le fait que l'outil nécessite d'être renseigné par au moins deux services différents : le DRD et le service financier. Cette situation ne permet pas d'avoir une certaine promptitude dans les données. Il a été recommandé d'intégrer l'outil dans la plateforme e-gratuite des soins accessibles à tout instant par chaque acteur.

72. Les participants ont soulevé l'inquiétude sur les marges bénéficiaires de la vente des médicaments. Selon les intervenants, ces marges seront quasi-inexistantes avec le nouveau circuit des fonds de la gratuité.
- Ils ont été rassurés qu'aucun changement n'est apporté et que les marges bénéficiaires demeurent comme telles.

4.3. Gratuité des soins au CHUBC

73. Faisant suite aux recommandations de la 3^{ème} rencontre bilan, les mesures de gratuité des soins ont pu être étendues au CHUBC. L'hôpital a commencé la mise en œuvre le 1^{er} novembre 2017. Il ne reçoit que les cas d'urgence référés. Les indicateurs sur les prestations réalisées montrent une augmentation continue du nombre de cas pris en charge.
74. Comme forces, l'hôpital a relevé une mise en œuvre effective de la gratuité, une bonne implication de l'équipe de direction et des personnels, l'existence d'un comité de suivi de la MEO gratuité, de bons taux de concordance à l'issue des contrôles et l'accompagnement de l'équipe de coordination de la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins au niveau central.
75. Certaines difficultés ont néanmoins été soulevées notamment l'insuffisance d'informations du personnel sur la gratuité, la gestion informatique non optimale des données de gratuité et l'insuffisance dans la gestion des références contre-références avec les autres structures de références.
76. Les questions posées étaient relatives au faible poids des médicaments par rapport aux actes, les efforts de réduction des coûts et les difficultés liées aux contre-références.
77. Le faible poids des médicaments s'explique par la mise en œuvre de la pharmacie hospitalière. Les coûts élevés des actes sont dus aux tarifs de l'hôpital, à une facturation minutieuse et au taux de recouvrement de l'ordre de 100%. Des efforts de réduction sont visibles à travers les indicateurs. Les contre-références sont souvent difficiles car les motifs des références ne sont souvent pas cliniques.

V. Principales recommandations

Aux termes des travaux des 2 jours, les recommandations contenues dans le tableau suivant ont pu être dégagées.

Tableau 6 : Synthèse des recommandations

N°	Activités	Responsable	Échéance	Observations
Améliorer l'offre de soins				
1.	Prendre les dispositions nécessaires (conventions) pour inclure certaines structures confessionnelles dans la mise en œuvre des mesures de gratuité : CMA Paul VI, Hôpital Saint Camille, SHIPHRA	ST-CSU	Novembre 2018	
2.	Elaborer une feuille de route de couverture progressive de la population en soins dans le cadre de la CSU	ST-CSU	Juin 2018	
3.	Payer régulièrement les motivations des ASBC	DAF	Continu	
4.	Implémenter progressivement le logiciel WISN dans les régions pour une utilisation équitable du personnel de santé	ST-CSU, DRH	Continu	
Améliorer le système d'information et l'archivage des pièces justificatives				
5.	Informatiser la gestion des médicaments et des finances dans les CMA	DS	Décembre 2018	
6.	Appliquer la directive sur l'archivage des PJ gratuité	DS, CHR/CHU	Continu	
7.	Programmer sur la plateforme l'outil de suivi des commandes des FS	DSIS	Juillet 2018	
8.	Former les responsables à savoir les DRS, MCD, DG CHR/CHU et certains directeurs centraux sur l'utilisation de la plateforme e-Gratuite des soins	ST-CSU	Juillet 2018	
Améliorer la gestion des médicaments				
9.	Opérationnaliser les comptes des médicaments des CHR/CHU	CHR/CHU	Juin 2018	
10.	Adresser des lettres de félicitation aux DS et hôpitaux n'ayant aucune dette CAMEG	DSAP	Continu	
11.	Former les professionnels de santé sur la rationalisation de la prescription des médicaments	CEDIM	Décembre 2018	
12.	Mettre en œuvre la pharmacie hospitalière	DSAP	Décembre 2018	
Renforcer les contrôles à tous les niveaux				
13.	Appuyer financièrement et techniquement les DRS et DS dans la réalisation du contrôle de la mise en œuvre des mesures de gratuité	ST-CSU	Octobre 2018	

Conclusion

78. La quatrième rencontre bilan a tenu toutes ses promesses avec la participation effective de l'assemblée nationale, la présidence du Faso, la primature, les PTF, les structures centrales et déconcentrées du ministère de la santé, les structures privées, les ONG, les partenaires sociaux, etc.
79. La deuxième journée a été perturbée par la double attaque terroriste de l'ambassade de France et de l'État-major des armées. Cependant, les travaux ont pu être menés à bout tant bien que mal.

80. Le Directeur général de la santé publique représentant Madame la secrétaire générale empêchée, a procédé en son nom à la clôture de la rencontre aux environs de 15 heures. Il a félicité l'équipe d'organisation, remercié l'ensemble des invités pour leur participation active, souhaité un bon retour à tous et enfin formulé des vœux de paix à la nation burkinabè qui est durement éprouvée par les attentats terroristes.