



MINISTÈRE DE LA SANTÉ



BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE



Volume 3
N°1
Mars 2026

ISSN: 2756-7419

EQUIPE & REMERCIEMENTS

EQUIPE DE RÉDACTION

Directeur de publication

Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU
Ministre de la santé

Directeur adjoint de Publication

Joseph K SOUBEIGA/ DGSP

Président du comité scientifique

Seydou BARRO/INSP

Président adjoint du comité scientifique

Firmin Nongodo KABORE

Rédacteur en chef

Hamed Sidwaya OUEDRAOGO/DPSP

Coordinatrice

Wend N'Guuda Josiane ILBOUDO/INSP

Reviewers

Sibiri Sawadogo/INSP

Joël BOGNINI/INSP

Cheick DIALLO/INSP

Siaka DEBE/INSP

Revue de la traduction des résumés en anglais

Emilie Thérèse DAMA (CDC/DDPHSIS/CGH/DGHP)

Mariam OUEDRAOGO/KONSEIGA (CDC/GHC/DGHP)

Infographie et mise en page

OUEDRAOGO Hermann/INSP

REMERCIEMENTS

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Anicet DAHOUROU/Directeur pays

Emilie DAMA

Romual SAWADOGO

Henry VANDI

Diene KABA

Kimberly KOPORC

Sydney MOGOTSI

Personnes Ressources

Claude MILLOGO

Paulin SOMDA

SOMMAIRE

MOT DU MINISTRE DE LA SANTE.....	5
MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSP.....	6
ACTUALITES.....	7
ARTICLES COMPLETS.....	I I-42

Perception des facteurs contribuant à la survenue des évènements indésirables associés aux soins bucco-dentaires par les professionnels de la santé du cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI de Ouagadougou

Évolution de la mortalité maternelle au Burkina Faso (2014-2024) et facteurs associés dans le SSDS de Nouna en contexte d'insécurité (2020-2023)

Optimiser la gratuité des soins : étude de la complétude des outils de gestion, de leur archivage et de la motivation du personnel au CHU de Bogodogo en Octobre 2024.

MOT DU MINISTRE DE LA SANTE



Dr Robert KARGOUGOU

Médecin de Santé Publique.
Ministre de la Santé du Burkina Faso

Production du Bulletin de Santé Publique (BSP): le Ministre KARGOUGOU appelle les acteurs à s'y investir pour que le bulletin puisse rayonner

La Santé publique est un pilier du développement collectif. Dans cette optique, nous sommes fiers de présenter le Bulletin Santé publique (BSP) qui est un outil stratégique et novateur qui nous permettra d'aller vers une prise de décisions basée sur des preuves ; Toute chose qui permettra d'améliorer la qualité de nos interventions sur le terrain pour le bien-être des patients.

Bien plus qu'un document, il s'agit véritablement d'un engagement vers plus de transparence, d'inclusion et c'est en cela que ce document va être essentiel pour les scientifiques et les acteurs de prise de décisions. Ce document, le BSP va nous permettre de partager des données essentielles, d'alerter sur des défis sanitaires prioritaires qui se posent à nous, et évidemment de prendre des décisions en connaissance de cause. C'est pour cela que je voudrais inviter chacune et chacun à contribuer à la conception de ce bulletin, et à s'investir pour que ce bulletin puisse rayonner.

Je voudrais lancer un vibrant appel pour que nous nous mobilisions, ensemble pour l'atteinte d'un avenir beaucoup plus sain.

Je vous remercie.

MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSP



Dr Seydou BARRO

Médecin de Santé Publique
Directeur Général de l'INSP-BF
Membre de IANPHI

Chers lecteurs.

Le Bulletin de Santé Publique du Burkina Faso constitue un espace de diffusion des connaissances scientifiques au service de l'amélioration des politiques et des interventions de santé publique. À travers ce huitième numéro, nous réaffirmons notre engagement à promouvoir l'utilisation de données probantes pour éclairer la prise de décision et renforcer la performance du système de santé.

Dans ce huitième numéro, nous présentons des travaux qui mettent en lumière plusieurs enjeux majeurs de santé publique au Burkina Faso. Les contributions abordent notamment la mortalité maternelle, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que les défis liés à la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins.

Les analyses consacrées à la mortalité maternelle rappellent que, malgré les progrès enregistrés ces dernières années, celle-ci demeure un problème de santé publique important. Les résultats soulignent l'influence de facteurs tels que le niveau d'instruction des femmes, le suivi de la grossesse et l'accès aux soins, et mettent en évidence la nécessité de renforcer les interventions de prévention et la prise en charge des femmes enceintes.

D'autres études mettent l'accent sur la sécurité des soins, en montrant que les événements indésirables associés aux soins peuvent être liés à des facteurs multiples, notamment l'organisation des services, les conditions de travail et l'existence de protocoles adaptés. L'amélioration de la qualité et de la sécurité

des soins apparaît ainsi comme une priorité pour renforcer la confiance des populations dans les services de santé.

Enfin, les travaux portant sur la gratuité des soins montrent que l'efficacité de cette politique dépend fortement de la qualité de la gestion administrative, notamment du remplissage des outils de gestion, de l'archivage des données et de la motivation du personnel impliqué.

Ces contributions illustrent l'importance de la recherche pour documenter les défis sanitaires et orienter les actions à mettre en œuvre. Le comité scientifique remercie l'ensemble des auteurs et partenaires ayant contribué à ce numéro et espère que les résultats présentés soutiendront les efforts visant à améliorer durablement la santé des populations au Burkina Faso.

Bonne lecture !

The background is a light green color with a large, faint, concentric circular pattern in the center. At the top and bottom, there are decorative elements consisting of multiple thin, parallel green lines that curve and flow across the page, creating a sense of movement and depth.

ACTUALITES

ACTUALITES

FONAFIS 2026 : le Burkina Faso trace la voie d'un financement plus souverain et plus équitable de la santé



Présidium du FONAFIS 2026

Ouagadougou a accueilli, du 25 au 27 mars 2026, la première édition du Forum national sur le financement de la santé (FONAFIS 2026), un rendez-vous présenté comme un moment charnière pour l'avenir du système sanitaire burkinabè. Placée sous le très haut patronage de Son Excellence, le Capitaine Ibrahim TRAORE, Président du Faso, Chef de l'État, cette édition dont l'ouverture et la clôture présidées par le Premier ministre, Chef du Gouvernement, a réuni plus de 500 participants venus du Burkina Faso, de plusieurs pays africains et de la diaspora, autour du thème : « Bâtir un système de financement de la santé efficient et équitable pour une souveraineté sanitaire et la réalisation des objectifs du Plan National de Développement 2026-2030 ».

Pendant trois jours, à la Salle des banquets de Ouaga 2000 et à l'hôtel Sopatel Silmandé, les échanges ont mobilisé des membres du gouvernement, des représentants d'institutions internationales, des ministres et délégués de pays frères, des élus locaux, des acteurs du secteur privé, des organisations de la société civile, des experts, des chercheurs et des représentants de

la diaspora burkinabè. Cette diversité a donné au forum une dimension inclusive, à la hauteur des enjeux d'un secteur de la santé confronté à des besoins croissants, à la pression sécuritaire et à une forte dépendance vis-à-vis de financements fragmentés.

Cette première édition du FONAFIS 2026 visait d'abord à proposer un agenda concret de réformes et une feuille de route opérationnelle pour leur mise en œuvre. Les organisateurs entendaient capitaliser sur les expériences régionales et internationales, faire le point sur les progrès du Burkina Faso en matière de financement de la santé, tirer les leçons du dispositif de gratuité des soins, et surtout accélérer l'opérationnalisation de l'Assurance maladie universelle (RAMU). L'enjeu était également de favoriser un dialogue franc entre l'État, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé, la société civile et la diaspora, afin d'aboutir à une meilleure coordination des interventions et à un « compact-santé » cohérent avec la Couverture sanitaire universelle.

ACTUALITES

Dans son mot introductif, le Premier ministre a salué un espace de dialogue franc, structuré et inclusif, rappelant que la santé n'est pas une charge mais un investissement stratégique pour la productivité, la cohésion sociale et le développement national. Il a mis en avant le caractère hautement politique du financement de la santé, dans un contexte où le Burkina Faso entend consolider sa souveraineté sanitaire. La présence au plus haut niveau de l'exécutif, patron de l'édition traduit la volonté du Gouvernement de faire du financement de la santé un levier de transformation du système sanitaire.

Les travaux ont fait émerger plusieurs recommandations majeures, dont certaines ont été directement reprises dans les conclusions du forum. Le Premier ministre a insisté sur la nécessité de digitaliser l'ensemble de la chaîne des dépenses publiques de santé, d'accroître progressivement les ressources nationales consacrées au secteur, de regrouper les financements dans un panier commun et de supprimer les programmes redondants peu efficaces. Il a également recommandé l'élargissement du panier de soins gratuits, l'accélération de l'extension du RAMU à toute la population, le renforcement de la chaîne logistique nationale unifiée, ainsi que le développement de la production locale de médicaments et consommables essentiels.

Le forum a aussi dégagé une feuille de route pour rendre ces engagements opérationnels. À court terme, en 2026, il est prévu de mettre en place un comité technique sur les taxes affectées à la santé, de lancer des négociations sur la conversion de dette en investissements au profit du RAMU, d'institutionnaliser le FONAFIS comme cadre bienal de dialogue, et d'actualiser la cartographie de la diaspora burkinabè. En 2027, les priorités porteront sur l'opérationnalisation des mécanismes innovants de financement, la mise en place de la plateforme « Diaspora Santé », l'amendement du cadre juridique des partenariats public-privé et la

réalisation d'une étude d'efficience des dépenses de santé. À l'horizon 2028, le Gouvernement vise, notamment une meilleure couverture du RAMU, l'activation effective des taxes affectées, le renforcement de la production locale de médicaments et l'interopérabilité complète des systèmes d'information en santé.

Les recommandations consolident ainsi une orientation claire : moins de fragmentation, plus de mutualisation, davantage de ressources domestiques, et une gouvernance renforcée autour de la transparence et de la redevabilité. À travers la tenue de ce forum, le Gouvernement s'engage à intensifier les réformes de gouvernance du financement de la santé, en particulier sur l'exécution budgétaire, la digitalisation et la mobilisation des ressources internes. Les partenaires techniques et financiers, pour leur part, ont réaffirmé leur disponibilité à s'aligner davantage sur les priorités nationales et à soutenir les mécanismes innovants identifiés.

Au terme des travaux, le FONAFIS 2026 s'est voulu plus qu'un cadre de réflexion : un point de départ pour des réformes concrètes. Avec plus de 500 participants, 27 sessions de travail et des engagements formalisés, le forum pose les bases d'une nouvelle architecture du financement de la santé au Burkina Faso, fondée sur la souveraineté, l'équité et l'efficience.



The background features a light green color with a large, faint, concentric circular pattern. At the top and bottom, there are decorative wavy lines composed of many thin, parallel green lines that create a sense of motion and depth.

ARTICLES

COMPLETS

ARTICLES COMPLETS

Perception des facteurs contribuant à la survenue des évènements indésirables associés aux soins buccodentaires par les professionnels de la santé du cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI de Ouagadougou

Auteurs : SAWADOGO S.¹ ; KONSEM T.² ; DRABO M.K.³

Affiliations:

1-Conseiller de santé en management de la qualité et sécurité des patients, Institut national de santé publique (INSP)

2 : Professeur Titulaire en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, Coordonnateur Filière chirurgie dentaire UFR/SDS Université Joseph KI-ZERBO, Chef de service du département de chirurgie maxillo-faciale du CHU YO

3 : Professeur Titulaire, Chercheur au CNRST, Directeur de la filière management de la qualité et de la protection des soins à l'IFRISSE

Auteur correspondant : SAWADOGO Sibiri tel 70518199 sawsibiri_honore@yahoo.fr

L'encadré récapitulatif

Que sait-on déjà sur ce sujet ?

La maîtrise de la qualité et de la sécurité des soins produits par les systèmes de soins est un enjeu permanent.

Que rajoute ce rapport ?

La présence des évènements indésirables associés aux soins buccodentaires dans le cabinet dentaire est réelle

On note à travers cette étude que les professionnels de la santé buccodentaire sont conscients des évènements indésirables associés aux soins. Au total, on a noté sept (7) facteurs contributifs liés aux malades et cinq (05) facteurs contributifs liés à l'environnement de travail dans la survenue des évènements indésirables associés aux soins buccodentaires dans le cabinet dentaire.

Quelles sont les implications pour la pratique de santé publique ?

Une attention particulière devrait être faite par les patients, les responsables des cabinets dentaires et les autorités du Ministère en charge de la santé pour militer la survenue des évènements indésirables associés aux soins buccodentaires. D'où l'importance de sensibiliser tous les acteurs pour une adoption d'une culture de la qualité.

ARTICLES COMPLETS

RÉSUMÉ

Introduction : Les événements indésirables associés aux soins constituent un problème de santé publique. Dans le contexte burkinabè où, bien de populations n'ont toujours pas confiance aux services modernes de santé, ils contribuent à augmenter les aprioris et entraînent la mauvaise fréquentation des formations sanitaires.

Cette recherche que nous avons menée a pour objectif général d'étudier les facteurs contributifs des événements indésirables associés aux soins buccodentaires dans le cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI. Cela, dans le but d'améliorer la qualité des soins buccodentaires.

Méthodes : Il s'est agi d'une recherche qualitative de type étude de cas unique à un seul niveau d'analyse qui s'est déroulée du 02 au 23 septembre 2019. Des entretiens semi-directifs et des observations directes non participantes ont été utilisés pour la collecte des données. Tous les onze (11) professionnels dentaires du cabinet ont

Abstract

Introduction: Adverse events associated with care are a public health problem. In the Burkina context, where many people still do not have confidence in modern health services, they contribute to increasing preconceptions and lead to poor attendance at health facilities. The overall objective of this research is to investigate the contributing factors of adverse events associated with oral health care in the dental office of the Paul VI Hospital. This is in order to improve the quality of oral care.

Methods: This was single-level qualitative case study research that took place from September 02 to 23, 2019. Semi-structured interviews and non-participant direct observations were used for data collection. All eleven (11) dental professionals in the office participated in the study. The data analysis was done manually using the computer tool.

participé à l'étude. L'analyse des données a été faite manuellement à l'aide de l'outil informatique.

Résultats : Les principaux résultats de l'étude auprès des enquêtés du cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI montrent qu'il existe des facteurs contributifs dans la survenue des événements indésirables. Au total douze (12) facteurs contributifs des événements indésirables associés aux soins buccodentaires liés aux malades et à l'environnement ont été identifiés après analyse des données collectées auprès du personnel.

Conclusion : Somme toute, l'étude a permis de mettre en évidence des causes latentes dans la survenue des événements indésirables associés aux soins buccodentaires dans le cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI. Ces résultats obtenus, pourraient aider à une meilleure planification des actions de gestion des risques dans le service.

Mots clés : événements indésirables, soins buccodentaires, facteurs contributifs.

Results: The main results of the study among respondents at the dental practice of the Paul VI Hospital show that there are contributing factors in the occurrence of adverse events. A total of twelve (12) contributing factors to adverse events associated with oral health care related to patients and the environment were identified after analysis of data collected from staff.

Conclusion: Overall, the study highlighted latent causes in the occurrence of adverse events associated with oral health care in the dental office of the Paul VI Hospital. These results obtained could help to better plan risk management actions in the department.

Keywords: adverse events, oral care, contributing factors.

ARTICLES COMPLETS

INTRODUCTION

Le rapport « To err is human : Building a safer healthcare system » publié par l'Institute of Medicine des États-Unis en 1999 a représenté un catalyseur dans la prise de conscience de l'importance du thème de la sécurité du patient dans les établissements de santé. En effet, ce rapport estimait entre 44 000 et 98 000 le nombre de décès annuels liés à une erreur médicale évitable (Donaldson, Corrigan, & Kohn, 2000). Les investigations sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont d'importance capitale en matière de sécurité des patients et de gestion des risques dans les centres de santé (Letaief, Mhamdi, Asady, Siddiqi, & Abdullatif, 2010; Bouafia et al., 2013).

Les soins buccodentaires sont référencés comme soins essentiels et de première nécessité selon la classification internationale des soins primaires (OMS, 2015). Pourtant, ils ne font l'objet que de rares publications en terme de sécurité des soins (OMS, 2015; Bailey, 2015; Amalberti, 2018). Au Royaume-Uni en 2009, deux mille douze (2012) incidents en rapport avec les activités dentaires ont été rapportés, dont les blessures (10%), les urgences médicales (6%), les inhalations (4%), les réactions indésirables (4%) et les erreurs lors d'avulsion dentaire (2%) (Thusu, Panesar & Bedi, 2012).

En Afrique du Sud, 45,5% des participants à une étude ont déclaré avoir fait l'objet d'un ou de plusieurs événements indésirables pendant les soins au cabinet dentaire (Obadan-Udoh et al., 2018). De plus, la même étude a révélé que deux cent (200) personnes ont déclaré un total de sept cent dix-sept (717) EIAS buccodentaires. Toutes ces études montrent que les événements indésirables dans les cabinets dentaires constituent un problème réel de santé publique. Cependant, la sécurité des soins odontologiques ne semble

pour le moment pas être une préoccupation majeure (Thusu et al., 2012; Mettes et al., 2013; Perea-Pérez, Labajo-González, Acosta-Gío, & Yamalik, 2015). Très peu d'études contiennent des résultats probants ou significatifs sur les facteurs influençant la survenue des EIAS buccodentaires au cabinet dentaire (Thusu et al., 2012; Bailey, 2015; Amalberti, 2018). A notre connaissance, il n'existe pas d'études sur les EIAS buccodentaires au Burkina Faso. Ainsi, nous posons-nous la question suivante : quels sont les facteurs qui contribuent à la survenue des événements indésirables associés aux soins buccodentaires dans les cabinets dentaires au Burkina Faso ? Pour répondre à ce questionnement, nous avons décidé d'explorer la thématique dans le cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI dans la commune de Ouagadougou. L'objectif de notre recherche est donc d'étudier les facteurs contributifs liés aux malades et à l'environnement dans la survenue des EIAS dans le cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI de Ouagadougou.

METHODOLOGIE

Champs et cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI.

L'hôpital Paul VI une formation sanitaire à but non lucratif. Il est situé dans l'arrondissement 09, secteur 16 de la commune de Ouagadougou sur l'axe routier Ouagadougou-Kongoussi. L'hôpital Paul VI de Ouagadougou est le centre de référence du district sanitaire de Sig-Nooghin qui couvre dix-sept (17) Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Il comptait en août 2019, deux cent soixante-dix (270) agents.

ARTICLES COMPLETS

Le personnel du cabinet dentaire est constitué de trois (03) chirurgiens-dentistes, de huit (08) infirmiers spécialistes en soins buccodentaires (attaché de santé), d'un (01) agent itinérant de santé (stagiaire) et de trois (03) filles de salle.

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude de cas unique à un seul niveau d'analyse.

L'approche qualitative a été privilégiée dans le cadre de cette étude en raison du caractère complexe, impliquant de multiples aspects du phénomène et de la nature exploratoire (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). L'étude s'est déroulée de janvier à décembre 2019.

Population d'étude et échantillonnage

Notre population cible a été constituée des praticiens de soins buccodentaires exerçant dans le cabinet dentaire. Nous avons utilisé un échantillonnage non probabiliste de convenance, c'est-à-dire que les participants ont été recrutés sur une base volontaire et répondant aux critères d'inclusion. Nous avons obtenu l'adhésion personnelle et volontaire de tous les prestataires.

Techniques et outils de collecte

La collecte de données s'est effectuée du 02 au 23 septembre 2019. Des entrevues individuelles semi-structurées et des observations non participatives ont permis de collecter les informations. Pour cela nous avons utilisé un guide d'entrevue semi-structuré et un journal de bord.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Toutes les réactions et les autres événements qui se sont passés pendant la collecte ont été notés dans un journal de bord.

Analyse des données

Nous avons procédé à une transcription intégrale des verbatim de toutes les interviews sur support écrit. Les données ont été analysées de façon manuelle pour dégager des thèmes et des sous-thèmes suivant les objectifs de notre étude et se-

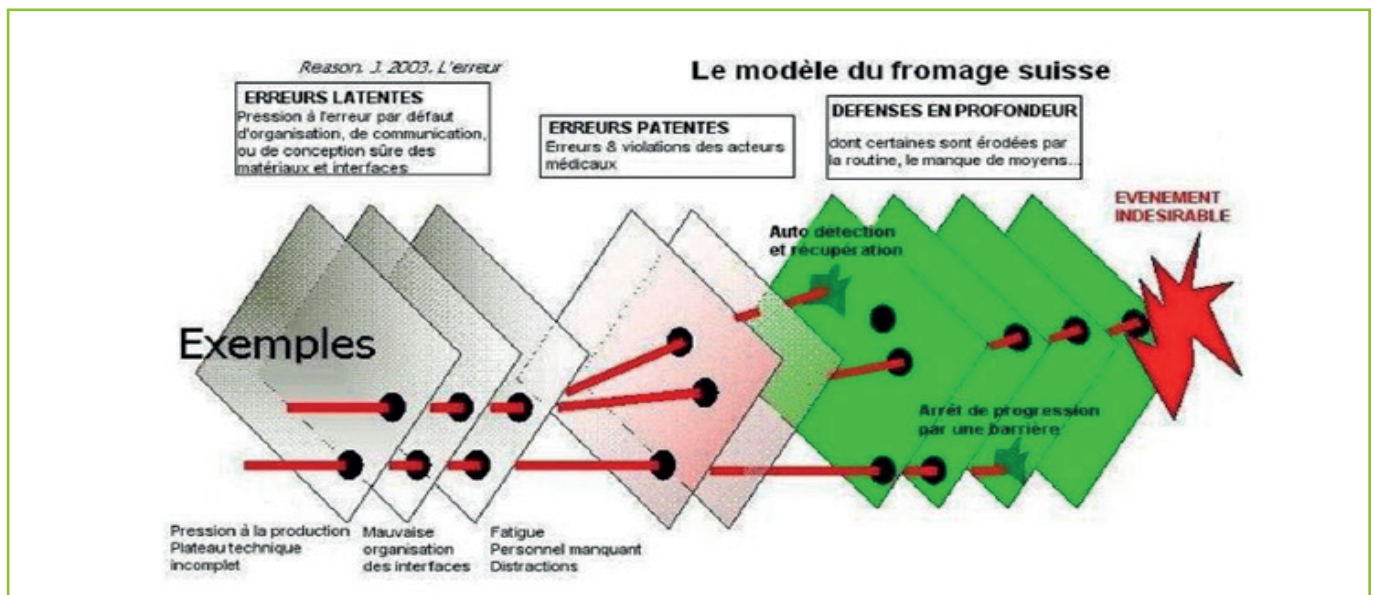
lon le modèle d'analyse thématique des données qualitatives adapté de Braun et Clarke (2006). Nous nous sommes appuyés sur des modèles théoriques.

Modèle de James Reason

Ce modèle fut proposé par James Reason de la Manchester University au Royaume Uni. Il aide à comprendre pourquoi les accidents surviennent et à mettre en relief la complexité des relations de cause à effet. Ce modèle est également appelé « swiss cheese model » ou « fromage suisse ». Les défenses et les barrières de sécurité peuvent être comparées à des « tranches » de gruyère avec des « trous » qui symbolisent les failles dans chaque niveau de défense. Pour qu'un accident ait lieu, il faut que des faiblesses « trous » dans les défenses et les barrières de sécurité soient en perspective à chaque niveau. C'est ce qui explique que le plus souvent, plusieurs incidents en chaîne sont nécessaires pour provoquer un accident lié aux soins. Pour éviter un accident, il suffit qu'une seule des « faiblesses » située sur l'un de ces niveaux de sécurité soit supprimée.

Le schéma suivant illustre de manière synthétique et pédagogique le principe systémique explicité par Reason.

ARTICLES COMPLETS



A travers ce modèle nous pouvons tirer plusieurs leçons. Premièrement, tout opérateur fait des erreurs, et il est même impossible d'imaginer un opérateur qui n'en fasse pas. Ces erreurs sont dites «patentes» (manifestes, immédiates, écart de soins).

Secondairement, la plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits ou de comportements. Troisièmement, la sécurité repose sur la mise en place de «protections, défenses» qui sont des organisations définies du travail pour récupérer les erreurs des opérateurs. Ainsi, aucune de ces procédures n'est suffisante seule pour procurer une sécurité totale, mais leur empilement permet de bloquer presque toutes les propagations d'erreurs dans le système. Enfin, quatrièmement, l'organisation du travail ainsi que sa conception et sa gouvernance par la hiérarchie, pèsent sur la fréquence et le type d'erreurs des opérateurs. Mais les dysfonctionnements à ce niveau sont longtemps invisibles. On les appelle des erreurs latentes ou facteurs contributifs ou aussi causes latentes (Reason, 2000).

L'approche de James Reason est donc très utile a posteriori pour tenter de dépasser le cadre de

l'erreur humaine et pour agir sur les systèmes de défense, d'alerte et les conditions d'exercice professionnel. En effet, si un accident se produit, l'important n'est pas de savoir qui a fait une erreur, mais d'identifier pourquoi et comment le système de sécurité a failli.

Méthode ALARM

Vincent et al., (2002) proposent la méthode de l'Association of litigation and risk management (ALARM) qui est une méthode d'analyse des causes des événements indésirables adaptée au milieu hospitalier. Elle est inspirée directement du modèle des plaques ou de Reason. Cette méthode analyse les défauts inhérents au système hospitalier, « erreurs systémiques », tels que son mode d'organisation, ses modalités de fonctionnement et les qualités de ses défenses. Elle permet, après avoir réalisé une analyse systématique et structurée des erreurs systémiques, d'affirmer que les défauts du système sont à l'origine d'accidents et d'élaborer des recommandations et de mettre en place des mesures correctives. La méthode ALARM a été développée à la fin des années 1990. d'élaborer des recommandations et mettre en œuvre des mesures correctives.

ARTICLES COMPLETS

La méthode ALARM a été développée à la fin des années 1990. En affirmant que les défauts du système peuvent être à l'origine d'accidents, cette méthode a pour objectifs de mieux comprendre les causes des accidents en mettant l'accent sur les facteurs organisationnels préexistants et non pas sur les individus qui font des erreurs, de détecter les défauts du système, d'élaborer des recommandations et mettre en œuvre des mesures correctives. Ainsi, l'analyse systémique ou analyse profonde des causes conduit à des

stratégies d'amélioration de la sécurité du patient. Les comportements des professionnels de santé sont influencés par de nombreux facteurs plus ou moins liés à l'individu et ayant un retentissement sur leurs pratiques au quotidien.

Ainsi, plusieurs facteurs liés au système de santé, à l'organisation des soins, aux professionnels de santé, à la nature des soins réalisés, à l'environnement des soins ainsi qu'aux patients eux-mêmes ont été identifiés comme étant à l'origine des incidents de sécurité des patients.

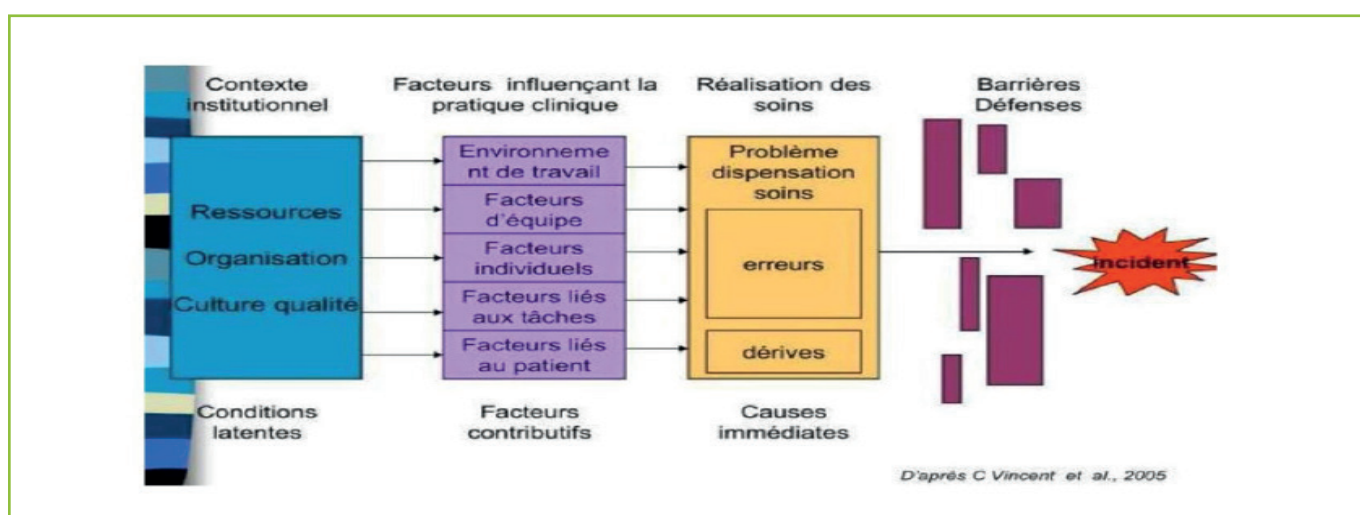


Figure 2 : modèle conceptuel de survenue des incidents selon la méthode ALARM

- Ethique

La démarche que nous avons entreprise a été conforme aux exigences en matière d'éthique. Les cinq valeurs ci-dessous ont été particulièrement considérées afin d'assurer le respect des considérations d'ordre éthique : l'autorisation de collecte des données ; le consentement libre, volontaire et éclairé des participants, l'anonymat et la confidentialité.

RESULTATS

Caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques des participants

L'étude a impliqué onze participants, dont 03 chirurgiens-dentistes et 08 attachés de santé

en odontostomatologie. La répartition par genre est la suivante : deux (02) femmes et neuf (09) hommes. L'ancienneté des participants dans leurs emplois varie d'un (01) à vingt-cinq (25) ans, tandis que leur ancienneté dans le cabinet dentaire va d'un (01) à vingt (20) ans.

Les facteurs contributifs liés au patient

Antécédents médicaux

Le participant ENQ_2.AS.M mentionne un cas où « un patient saignait à cause de l'hémophilie ». ENQ_7.AS.F précise que « les patients hypertendus ou diabétiques sont plus susceptibles de connaître des complications », tandis que ENQ_10.CD.M observe des vertiges chez les hypertendus après l'anesthésie et des fluctuations de la glycémie chez les diabétiques.

ARTICLES COMPLETS

Les allergies aux anesthésiques dentaires peuvent provoquer des réactions indésirables. Le participant ENQ_9.CD.M indique que des EIAS peuvent survenir lorsqu'un patient est allergique à l'anesthésique utilisé.

Âge

Les enfants sont plus souvent concernés par les EIAS en raison de leur difficulté à coopérer et des erreurs telles que l'extraction de dents définitives au lieu de dents de lait. ENQ_2.AS.M note que « les enfants peuvent être difficiles à convaincre et leur coopération pendant les soins est souvent insuffisante ».

État émotionnel

Les états émotionnels comme la peur peuvent entraîner des douleurs et des complications. Le participant ENQ_10.CD.M rapporte que « la peur du sang peut amener les patients à paniquer, même s'il n'y a pas de douleur réelle ». ENQ_8.AS.F ajoute que la peur des soins peut affecter la capacité des patients à suivre les consignes, entraînant des problèmes comme des oublis de traitement.

Préjugés

Les préjugés et les croyances erronées sur les soins dentaires peuvent influencer négativement l'expérience des patients. ENQ_5.AS.M et ENQ_10.CD.M notent que les idées fausses sur la dangerosité des soins dentaires peuvent augmenter la douleur perçue et la peur, ce qui complique le traitement.

État ou nature de la dent

Les dents traitées, les dents avec une anatomie complexe ou les dents de sagesse peuvent poser des défis lors de leur extraction, entraînant des complications telles que des fractures ou des résidus d'apex. ENQ_3.AS.M et ENQ_8.AS.F décrivent des difficultés liées à la complexité anatomique des dents, et ENQ_11.CD.M souligne que des racines courbées ou des dents à plusieurs

racines peuvent compliquer les extractions.

Mode de vie

La consommation d'excitants tels que le café, le tabac et l'alcool peut affecter l'efficacité de l'anesthésie. ENQ_5.AS.M et ENQ_8.AS.F relèvent que ces habitudes peuvent rendre l'anesthésie moins efficace, augmentant la douleur pendant les soins.

Mauvais comportement

Le ENQ_1.AS.M explique que le refus de manger avant une extraction peut mener à des malaises dus à l'hypoglycémie. ENQ_9.CD.M et ENQ_4.AS.M mentionnent que la non-coopération pendant les soins, comme l'ouverture et la fermeture non contrôlées de la bouche, peut provoquer des incidents comme l'ingestion d'instruments. ENQ_7.AS.F et ENQ_5.AS.M soulignent que l'oubli ou le refus de suivre les instructions peut conduire à des complications comme des infections ou des douleurs persistantes.

Les défaillances liées à l'environnement de travail

Mauvais état des équipements et du matériel

Le participant ENQ_4.AS.M souligne que « le fauteuil qui est défaillant et le malade tombe » est un exemple typique des conséquences possibles. L'usure et la qualité insuffisante du matériel, comme les limes utilisées en endodontie, peuvent mener à des fractures ou à des résidus restant dans les canaux dentaires. Cela complique le traitement et peut engendrer des complications, comme le rapporte le participant ENQ_11.CD.M. Le participant ENQ_7.AS.F indique que « le matériel mal stérilisé peut influencer la prise en charge des patients et mener à des infections ».

ARTICLES COMPLETS

Mauvais état des locaux

Les locaux mal ventilés peuvent entraîner des malaises pour les patients pendant les soins. Le participant ENQ_2.AS.M décrit une situation où « les malades peuvent s'étouffer souvent » à cause du manque de ventilation, même après avoir ouvert les portes.

Présence de bruit et d'agents perturbateurs

Le bruit et les distractions, telles que les interruptions par des personnes extérieures aux soins, peuvent perturber la concentration du praticien. Le participant ENQ_8.AS.F évoque un cas où « l'ouverture de la porte pendant l'extraction d'une dent peut entraîner des déconcentrations qui augmentent le risque d'EIAS ».

Absence de protocoles et de procédures de soins
L'absence de protocoles de soins standardisés peut conduire à des divergences dans la mise en œuvre des traitements d'un praticien à un autre augmentant les risques d'EIAS. Selon le participant ENQ_1.AS.M, « la non utilisation des protocoles de soins serait la cause de la mauvaise réalisation de certains soins ».

Absence de Listes de Vérification (Check Lists)
Les checklists permettent de réduire les erreurs humaines en assurant que toutes les étapes nécessaires sont suivies. Le participant ENQ_2.AS.M note que « l'absence de checklists dans le cabinet entraîne des erreurs car il n'y a pas de contrôle rigoureux avant, pendant et après chaque soin ».

DISCUSSIONS

Les facteurs contributifs liés au patient

Les antécédents médicaux

La maladie sous-jacente potentialise les effets indésirables des produits dentaires ou retarde l'hémostase ou la cicatrisation. Les travaux de Elliott et al. (2014) ont aussi noté que les comorbidités sont des facteurs liés au patient associés

aux événements indésirables

L'âge

Les enfants souvent plus vulnérables aux EIAS au cabinet dentaire soit en raison du type de leur denture soit en raison du manque de coopération pendant les soins. Tokede et al. (2017) aux Etats Unis tout comme Obadan-Udoh et al. (2018) en Afrique du Sud ont aussi trouvé dans leurs études respectives que l'âge des patients est un facteur influençant la survenue des EIAS dans un cabinet dentaire.

L'état émotionnel

Dans notre étude, l'entretien avec les participants nous a révélé que la peur et le stress sont des causes profondes. Les observations du comportement de certains patients dès le seuil de la salle de soins révèlent des preuves qui confortent les propos des participants (hésitation, oublis de carnet, tremblement de mains, etc...). Les travaux de Leape (2002) aux Etats Unis, ont aussi confirmé que les facteurs humains tels que la peur peuvent influencer l'apparition d'erreurs.

Les préjugés

Nos entretiens avec les praticiens ont révélé qu'il a existé des préjugés concernant les soins dentaires qui ont influencé la survenue d'EIAS. Les informations erronées ou inappropriées constituent souvent des facteurs contributifs aux EIAS (Saliceti, 2017).

L'état ou la nature de la dent

Notre étude a montré que plusieurs cas de douleurs, d'échec de traitement et d'accidents pendant les soins buccodentaires sont imputables à la complexité de l'organe dentaire. Aussi, Elliott, Worrall-Carter et Page (2013) en Australie ont abouti aux conclusions selon lesquelles les principaux facteurs contributifs comprenaient le caractère cliniquement difficile de nombreux patients.

ARTICLES COMPLETS

Le mode de vie

Notre étude a noté que les habitudes alimentaires des patients ont une influence dans la survenue des EIAS buccodentaires. En effet, les praticiens ont évoqué que la consommation des excitants est un facteur réduisant l'action des anesthésiques. Les excitants élèvent la pression artérielle et entraînent ainsi des maladies cardiovasculaires.

Le mauvais comportement

L'insuffisance dans le respect des consignes avant, pendant ou après les soins sont des preuves qui corroborent les dires ou propos des participants à l'étude. Les résultats de notre étude sont semblables à ceux trouvés par Michel et al. (2008) en France.

- Les défaillances liées à l'environnement du travail

Le mauvais état des équipements et du matériel

Les difficultés rencontrées très souvent pour constituer un plateau de soins que nous avons observé, permettent de comprendre les inquiétudes soulevées par les praticiens. A cela, il faut ajouter le manque d'une armoire pour ranger le matériel après stérilisation. Les travaux de Perea-Pérez et al. (2015) ont montré que la plupart des événements indésirables évitables au cours des soins dentaires sont dus entre autres au mauvais nettoyage et à la mauvaise stérilisation du matériel. Et Hoffmann et Rohe (2010) d'ajouter que la non disponibilité et le mauvais entretien du matériel et des appareils sont des facteurs contribuant à la survenue des EIAS.

Le mauvais état des locaux

La mauvaise luminosité des salles de soins est un facteur de survenue des EIAS buccodentaires. Lorsque la vision n'est pas assez bonne, des incidents comme des confusions de dents

ou des erreurs d'appréciation des dents postérieures peuvent survenir. Hoffmann et Rohe (2010) ont aussi démontré que la conception de l'infrastructure et les conditions environnementales sont des facteurs influençant la survenue des EIAS dans les services de santé.

La présence des agents perturbateurs et du bruit

Il existe une grande diversité d'éléments perturbateurs, notamment les interruptions de la consultation par une tierce partie au bureau ou par un appel téléphonique. Dans la même optique, les travaux dirigés par Saliceti (2017) ont abouti aussi aux conclusions que les conversations non pertinentes et le bruit peuvent distraire le praticien et influencer sur les décisions thérapeutiques.

L'absence ou inexistence des protocoles et procédures

Notre étude a noté l'absence de procédures et de protocoles dans le cabinet dentaire. Nos résultats confirment ceux de Hoffmann et Rohe (2010). Ils ont trouvé que la structuration du processus, la disponibilité des protocoles et des standards sont des facteurs influençant la survenue des événements indésirables. Et Perea-Pérez et al. (2015) de conclure que les événements indésirables au cabinet dentaire sont également dus à l'absence de procédures.

ARTICLES COMPLETS

L'absence des check-lists opératoires

Dans notre étude, les check-lists ou listes de vérification opératoires ne sont pas utilisés dans le cabinet dentaire. Perea-Pérez et al. (2015) ont noté que l'utilisation d'une liste de contrôle chirurgicale permet de réduire les EIAS bucco-dentaires.

Les limites de notre étude

Bien que des précautions aient été prises pour réduire les limites de notre étude, certaines restent. Il est utile de rappeler les limites inhérentes au choix que nous avons fait de présenter une étude de cas unique. Pour Yin (2014), bien que l'étude de cas puisse offrir un potentiel de validité interne, la validité externe d'un tel devis est limitée. Il pense d'ailleurs qu'une telle étude doit essentiellement viser à construire un savoir en profondeur sur un phénomène particulier et que le transfert de ses résultats à un autre groupe doit se faire dans un esprit de généralisation théorique. Nous avons réalisé une étude de cas unique (le cabinet dentaire de l'hôpital Paul VI), alors qu'une étude de cas multisites avec une analyse imbriquée ou ensachée aurait pu augmenter la force de la recherche. Cependant, nous avons assuré une validité interne à notre étude à travers une diversification interne (le genre, l'ancienneté professionnelle et l'ancienneté dans le service) et externe (la qualification professionnelle) de l'échantillon à l'intérieur du cas. On peut noter aussi quelques biais qui ont pu apparaître lors de la réalisation de l'enquête. Il s'agit du biais de mémoire car les participants ont été sollicités de faire les récits d'événements indésirables passés pour en tirer les causes profondes. En plus, il y a le biais d'observation car la présence de l'enquêteur a pu influencer certaines réponses et enfin le biais d'interprétation à savoir que le fait de ne pas répondre clairement à

certaines questions nous a conduit quelques fois à des interprétations.

Une autre limite de notre étude est le choix dans l'étude qui a consisté à n'interroger que les praticiens. L'interrogatoire des patients ou des accompagnateurs aurait probablement permis de recueillir d'autres informations importantes sur les causes profondes des EIAS buccodentaires dans le cabinet dentaire.

CONCLUSION

Au terme de ce travail nous notons que les événements indésirables associés aux soins (EIAS) buccodentaires sont courants dans le cabinet dentaire. Les données que nous avons collectées par le biais des entretiens semi directifs et de l'observation non participante montrent qu'ils existent une grande variété de facteurs contributifs des EIAS au cabinet dentaire. Aussi, retiendrons-nous que plusieurs causes latentes des EIAS dépendent du praticien, des conditions de travail des soignants, du patient ou enfin du système de santé.

Notre étude n'avait pas la prétention de cerner tout le contour de la problématique relative à la survenue des événements indésirables associés aux soins buccodentaires. Pour cela, il serait souhaitable de pousser la réflexion en prospectant les aspects non pris en compte dans la présente étude. De plus, une étude quantitative sur les événements indésirables associés aux soins buccodentaires pourrait être menée afin de montrer l'ampleur du problème dans les cabinets dentaires au Burkina Faso.

ARTICLES COMPLETS

REFERENCES

- Amalberti, R. (2018). Revue de littérature sur la sécurité du patient en chirurgie dentaire. Consulté à l'adresse <https://www.prevention-medecale.org/Actualites-et-revues-depresse/Toutes-les-actualites/Chirurgien-dentiste/securite-patient-chirurgie-dentaire>
- Bailey, E. (2015). Contemporary views of dental practitioners' on patient safety. *British Dental Journal*, 219(11), 535-539 ; discussion 540. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.920>
- Bouafia, N., Bougmiza, I., Bahri, F., Letaief, M., As-tagneau, P., & Njah, M. (2013). Ampleur et impact des évènements indésirables graves liés aux soins : étude d'incidence dans un hôpital du Centre-Est tunisien. *Pan African Medical Journal*, 16. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.16.68.1161>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (2000). To err is human : Building a safer health system. (Vol. 6). Consulté à l'adresse https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Kohn+L%2C
- Elliott, M., Worrall-Carter, L., & Page, K. (2013). Factors contributing to adverse events after ICU discharge : A survey of liaison nurses. *Australian Critical Care*, 26(2), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.07.005>
- Hoffmann, B., & Rohe, J. (2010). Patient safety and error management. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 107(6), 92-9. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0092>
- Leape, L. L. (2002). Reporting of Adverse Events. *New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1638. <https://doi.org/10.1056/NEJMNEJMhpr011493>
- Letaief, M., El Mhamdi, S., El-Asady, R., Siddiqi, S., & Abdullatif, A. (2010). Adverse events in a Tunisian hospital: Results of a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 380-385. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq040>
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives. Consulté à l'adresse <https://pearsonerpi.com/fr/collegial-universitaire/sciences>
- Michel, P., Quenon, J. L., Djihoud, A., & Bru Sonnet, R. (2008). Les événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux.
- Obadan-Udoh, E., Van der Berg-Cloete, S., Ramoni, R., Kalenderian, E., & White, J. G. (2018). Patient reported dental safety events : A South African perspective. *Journal of Patient Safety*, 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000464>
- OMS. (2015). Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients (édition multiprofessionnelle). Consulté à l'adresse <https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015>
- Perea-Pérez, B., Labajo-González, E., Acosta-Gío, A. E., & Yamalik, N. (2015). Eleven basic procedures : Practices for dental patient safety. *Journal of Patient Safety*, 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000234>
- Reason, J. (2000). Human error : Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Saliceti, F. (2017). Qu'en est-il du facteur humain dans le monde médical ? (Thèse, Université Paris Descartes). Consulté à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01777908>
- Tokede, O., Walji, M., Ramoni, R., Rindal, D. B., Worley, D., Hebballi, N., ... Kalenderian, E. (2017). Quantifying dental office-originating adverse events : The dental practice study methods. *Journal of Patient Safety*, 1. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000444>
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E. J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P., & Tizard, A. (2002). Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. 8.
- Yin, R. K. (2014). Case study research: Design and methods (Fifth edition). Los Angeles : SAGE.

ARTICLES COMPLETS

Évolution de la mortalité maternelle au Burkina Faso (2014-2024) et facteurs associés dans le SSDS de Nouna en contexte d'insécurité (2020-2023)

Auteurs W. A. Ouédraogo¹, M. Bountogo¹, M. Da¹, P. Zabré¹, O. Millogo², M. Nikiéma¹, F. Zerbo¹, V. Boudo¹, Y. Barry¹, A. Soma¹, I. Traoré³, A. Sié¹

Affiliations

1. Centre de Recherche en santé de Nouna (CRSN)/ Institut National de Santé Publique (INSP)
2. Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS)/ Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST)
3. Institut Universitaire de Formation Initiale et Continue (IUFIC) / Université Thomas Sankara (UTS)

Auteur correspondant : Windpanga Aristide Ouédraogo

Email : windparis2007@yahoo.fr Tel : +22670570660

Encadré sur les points saillants

La mortalité maternelle reste élevée dans le Système de surveillance démographique et de santé (SSDS) de Nouna malgré une amélioration en 2023 à 175 décès pour 100.000 naissances.

Une recrudescence a été observée entre 2020 et 2022, en cohérence avec les données nationales (EDS 2021).

Contexte sécuritaire : Limite l'accès aux soins et peut aggraver la mortalité maternelle.

Facteurs de risque de la mortalité maternelle : la non-survie de l'enfant (mort in utero ou décès néonatal), la multiparité et le faible niveau d'instruction maternelle.

Recommandations clés : Renforcer le suivi prénatal et postnatal, promouvoir l'éducation sanitaire, améliorer l'accès aux soins et cibler les populations à risque.

ARTICLES COMPLETS

Résumé

Introduction :

La mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso, avec des niveaux encore éloignés de la cible des Objectifs de Développement Durable. Malgré les efforts engagés, des disparités persistent et la région de Nouna reste particulièrement affectée dans un contexte d'insécurité limitant l'accès aux soins. Cette étude vise à analyser l'évolution récente de la mortalité maternelle dans le SSDS de Nouna et à identifier les principaux facteurs de risque qui y sont associés sur la période 2020-2023.

Méthodes :

À partir de la base de données du Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna couvrant les années 2020 à 2023, nous avons estimé le taux de mortalité maternelle (TMM) et évalué les facteurs de risque associés. Une régression logistique a été utilisée à cet effet. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %

Résultats :

Le taux de mortalité maternelle est passé de 224 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2020 à 175 en 2023. La mortalité maternelle était significativement plus élevée chez les multipares comparativement aux primipares (OR = 0,28 ; $p = 0,048$), et chez les femmes dont l'enfant n'a pas survécu (OR = 2,74 ; $p < 0,001$). Par ailleurs, les femmes ayant un faible niveau d'instruction présentaient un risque accru de décès maternel (OR = 0,44 ; $p = 0,043$).

Conclusion

La mortalité maternelle dans le SSDS de Nouna reste élevée et dépend fortement de la survie de l'enfant, de la primiparité et du niveau d'instruction maternelle. Les interventions doivent renforcer le suivi prénatal et postnatal, promouvoir l'éducation sanitaire et améliorer l'accès aux soins, en tenant compte du contexte sécuritaire.

Mots-clés :

Mortalité maternelle, facteurs déterminants, SSDS de Nouna, Burkina Faso, Santé maternelle.

Abstract

Introduction:

Maternal mortality remains a major public health concern in Burkina Faso, with levels still far from the Sustainable Development Goals target. Despite ongoing efforts, disparities persist, and the Nouna region remains particularly affected in a context of insecurity that limits access to healthcare. This study aims to analyze recent trends in maternal mortality within the Nouna HDSS and to identify the main associated risk factors for the period 2020-2023.

Methods:

Using data from the Nouna Health and Demographic Surveillance System (HDSS) covering the years 2020 to 2023, we estimated the maternal mortality ratio (MMR) and assessed the associated risk factors. A logistic regression model was used for this analysis. The significance threshold was set at 5%.

Results:

The maternal mortality ratio decreased from 224 deaths per 100,000 live births in 2020 to 175 in 2023. Maternal mortality was significantly higher among multiparous women compared to primiparous women (OR = 0.28; $p = 0.048$), and among women whose newborn did not survive (OR = 2.74; $p < 0.001$). Moreover, women with a low level of education had an increased risk of maternal death (OR = 0.44; $p = 0.043$).

Conclusion:

Maternal mortality in the Nouna HDSS remains high and is strongly associated with child survival, parity, and maternal educational level. Interventions should strengthen prenatal and postnatal follow-up, promote health education, and improve access to care while considering the prevailing security context.

Keywords:

Maternal mortality, determining factors, Nouna HDSS, Burkina Faso, maternal health.

ARTICLES COMPLETS

Introduction

La mortalité maternelle demeure un indicateur sensible de la performance des systèmes de santé et de la qualité des soins offerts aux femmes en âge de procréer. Elle reflète non seulement l'accès et l'utilisation des services de santé, mais également les inégalités sociales, économiques et territoriales qui persistent dans de nombreux pays en développement. En Afrique subsaharienne, les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies restent fragiles et insuffisants pour atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD), qui visent à réduire le ratio de mortalité maternelle (RMM) à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030. Au Burkina Faso, des efforts considérables ont été déployés dans le cadre de la gratuité des soins obstétricaux, de l'amélioration de l'offre de soins et du renforcement des ressources humaines en santé. Ces actions ont permis une réduction significative du RMM, passé de 341 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010 à 198 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2021, selon l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Cependant, ces acquis demeurent menacés par des disparités régionales marquées et par le contexte sécuritaire de plus en plus précaire observé depuis 2016, qui perturbe

l'organisation des services de santé, limite la mobilité des populations et entrave l'accès aux soins essentiels.

L'analyse des niveaux de mortalité maternelle à l'échelle régionale, particulièrement sur la période récente de 2020 à 2023, est cruciale pour identifier les zones les plus affectées et mettre en évidence les inégalités spatiales. Une cartographie de la mortalité maternelle par région permettra de visualiser l'ampleur des disparités et de mieux comprendre les zones de forte vulnérabilité.

Dans ce contexte, la zone couverte par le Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna constitue un cadre d'étude particulièrement pertinent. Située dans la région de la Boucle du Mouhoun, elle est marquée à la fois par des défis sanitaires structurels et par une insécurité persistante qui exacerbe les difficultés d'accès aux soins. Une analyse approfondie des niveaux et des déterminants de la mortalité maternelle dans ce contexte local contribuera à enrichir la compréhension des dynamiques en cours et à orienter les stratégies de prévention et de réduction de la mortalité maternelle dans les zones à haut risque.

ARTICLES COMPLETS

I. Méthodes

1. Cadre de l'étude

Cette étude a été conduite dans le Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna, situé dans la région de la Boucle du Mouhoun, au Burkina Faso. Cette zone, caractérisée par des défis sanitaires et sécuritaires, est suivie en continu pour la collecte de données démographiques et de santé.

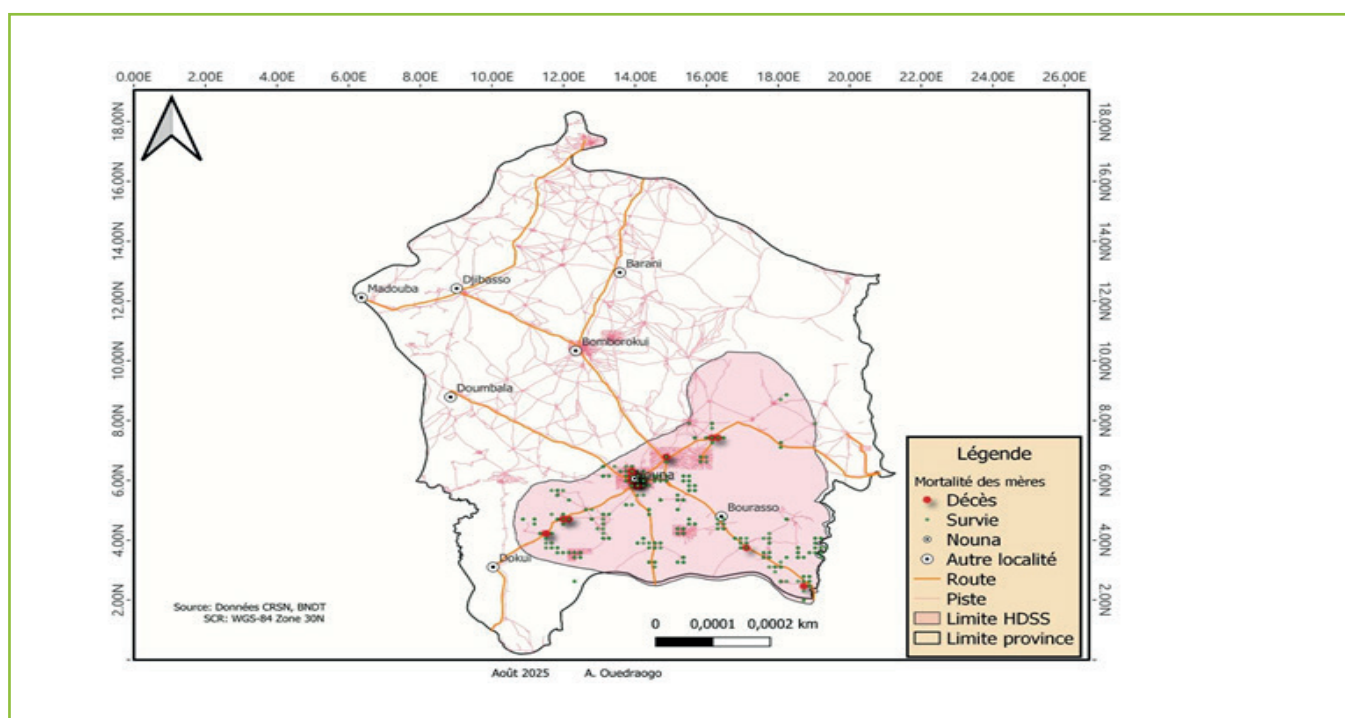


Figure1 : Mortalité maternelle dans le système de surveillance démographique et de santé de Nouna

2. Sources de données

Les données utilisées dans cette étude proviennent principalement du Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna. L'analyse a porté sur 3 156 issues de grossesses enregistrées entre 2020 et 2023. Pour chaque grossesse, des informations détaillées ont été recueillies, incluant les issues (naissance vivante, mort-né, avortement), les décès maternels ainsi que les principales caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des mères.

Par ailleurs, afin d'apprécier l'évolution des décès maternels dans les formations sanitaires de la région de la Boucle du Mouhoun, nous avons exploité les données de l'Entrepôt National des Données Sanitaires (ENDOS) couvrant la pé-

riode 2014-2024. Ces données, issues du système national d'information sanitaire, permettent de situer les tendances observées dans le SSDS de Nouna dans un contexte régional élargi et d'identifier les variations temporelles des décès maternels rapportés dans les structures de santé.

ARTICLES COMPLETS

3. Opérationnalisation du concept de mortalité maternelle

La mortalité maternelle a été définie comme le décès d'une femme survenu pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours (six semaines) après la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou l'issue, pour une cause en rapport avec la grossesse ou aggravée par celle-ci.

Indicateur principal

Cet indicateur a été estimé par année civile pour la période 2020-2023, exprimé en décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

II- Analyses statistiques

Une analyse descriptive a été réalisée afin d'examiner la distribution de la mortalité maternelle selon les années. Les disparités interrégionales ont été explorées à l'aide de boîtes à moustaches, tandis que la cartographie des niveaux de mortalité maternelle a été effectuée avec QGIS 3.42.0.

Pour identifier les déterminants indépendants de la mortalité maternelle, une régression logistique binaire a été utilisée. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 %.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé avec Stata 18, en considérant un seuil de significativité de $p < 0,05$.

III-Résultats

1.Tendances générales de la mortalité maternelle (2014-2023)

L'analyse des taux de décès maternels montre à la fois des disparités régionales marquées et une évolution temporelle significative. Les données de 2014 révèlent déjà un niveau élevé de mortalité maternelle au Burkina Faso, constituant un point de référence important avant la période étudiée (2020-2023).

Entre 2014 et 2020, l'évolution globale montre une tendance à la hausse, malgré quelques améliorations localisées. Cette dynamique permet de mettre en perspective les niveaux observés entre 2020 et 2023, où une nouvelle augmentation est enregistrée avant une baisse notable en 2023. L'étude souligne ainsi la persistance d'importantes inégalités régionales et l'influence probable du contexte sécuritaire et de l'accès aux soins.

2. Distribution des taux de décès maternels par région en 2014

L'analyse du boxplot des décès maternels rapportés pour 100 000 parturientes révèle de fortes disparités entre les régions.

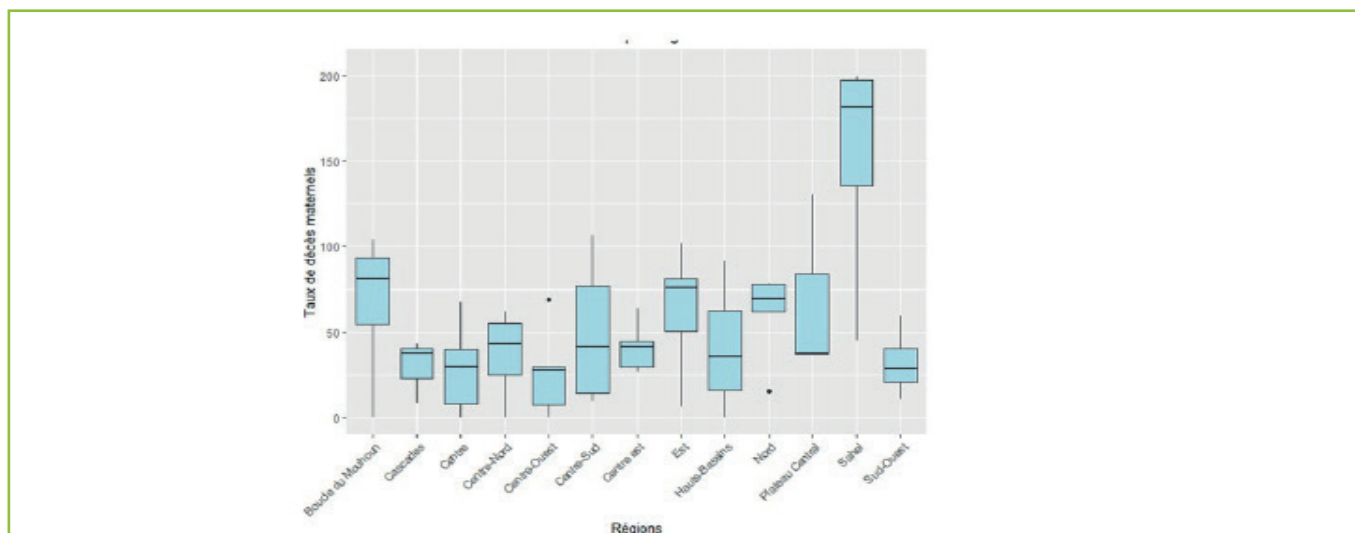


Figure1 : Distribution des taux de décès maternels par région en 2014

ARTICLES COMPLETS

Les régions du Sahel et de la Boucle du Mouhoun ressortent comme les plus affectées, avec des médianes visuellement situées autour de 150 à 200 décès pour 100 000 parturientes, et des valeurs extrêmes pouvant même dépasser légèrement cette fourchette. À l’opposé, des régions comme les Cascades, le Centre-Sud, le Centre ou encore le Sud-Ouest affichent des niveaux nettement inférieurs, avec des médianes estimées entre 30 et 60 décès pour 100 000 parturientes. Les autres régions, notamment le Centre-Nord, l’Est, les Hauts-Bassins et le Nord,

occupent des positions intermédiaires avec des médianes approximativement comprises entre 70 et 120 décès pour 100 000. Globalement, l’écart entre les régions les moins touchées et les plus touchées atteint un facteur de 3 à 5, témoignant de profondes inégalités géographiques probablement liées à l’accès aux soins obstétricaux, à la disponibilité des ressources sanitaires et au contexte sécuritaire variable d’une zone à l’autre.

3. Evolution des taux de décès maternels pour 100000 naissances par région en 2014 et en 2020

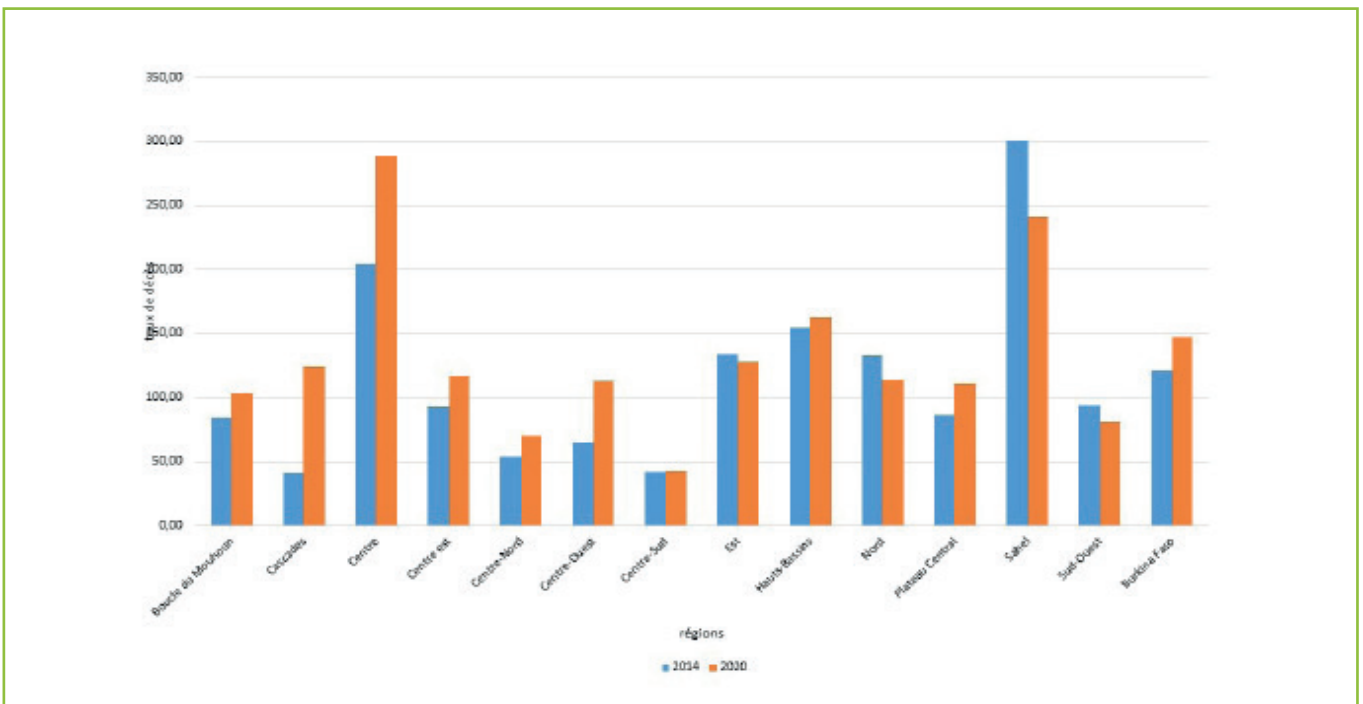


Figure 2 : Evolution des taux de décès maternels par région entre 2014 et 2020

L’analyse comparative de l’évolution des taux de mortalité maternelle entre 2014 et 2020 met en évidence des tendances contrastées selon les régions du Burkina Faso.

Dans plusieurs régions, on observe une augmentation significative des décès maternels. C’est particulièrement le cas du Centre, où le taux est passé de 204,08 décès pour 100 000 parturientes en 2014 à 288,59 en 2020, et du Sahel,

qui enregistre des niveaux parmi les plus élevés du pays (300,28 en 2014 contre 242,48 en 2020, soit une légère baisse mais restant largement au-dessus de la moyenne nationale). De même, les Cascades ont vu leur taux tripler, passant de 41,04 en 2014 à 124,40 en 2020.

ARTICLES COMPLETS

À l'inverse, certaines régions affichent une réduction de la mortalité maternelle. C'est le cas du Sud-Ouest qui a enregistré une baisse notable (93,23 en 2014 contre 80,00 en 2020), le Plateau Central (85,70 en 2014 contre 97,10 en 2020, tendance stable) et le Centre-Sud, qui reste parmi les régions les moins touchées (42,11 en 2014 contre 47,60 en 2020).

D'autres régions, telles que l'Est, le Nord et les Hauts-Bassins, connaissent une stagnation ou

une progression modérée, mais leurs niveaux demeurent préoccupants avec des taux compris entre 130 et 160 décès pour 100 000 parturientes. Au niveau national, la mortalité maternelle est passée de 121,28 décès pour 100 000 en 2014 à 150,00 en 2020, traduisant une détérioration globale de la situation, malgré des disparités marquées entre régions.

4. Cartographie des décès maternels par région en 2014 et 2020

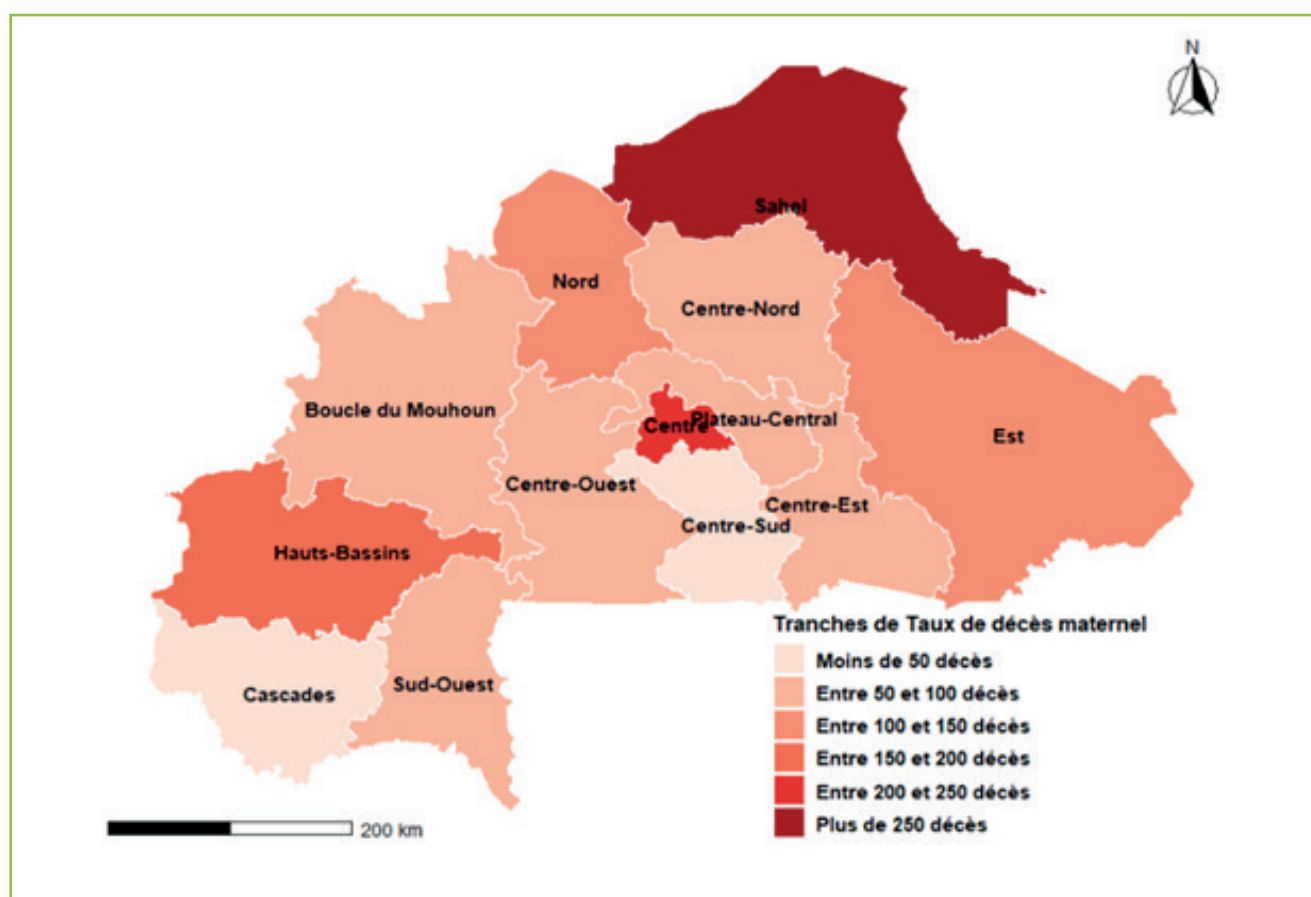


Figure 3a : Cartographie des décès maternels par région en 2014

ARTICLES COMPLETS

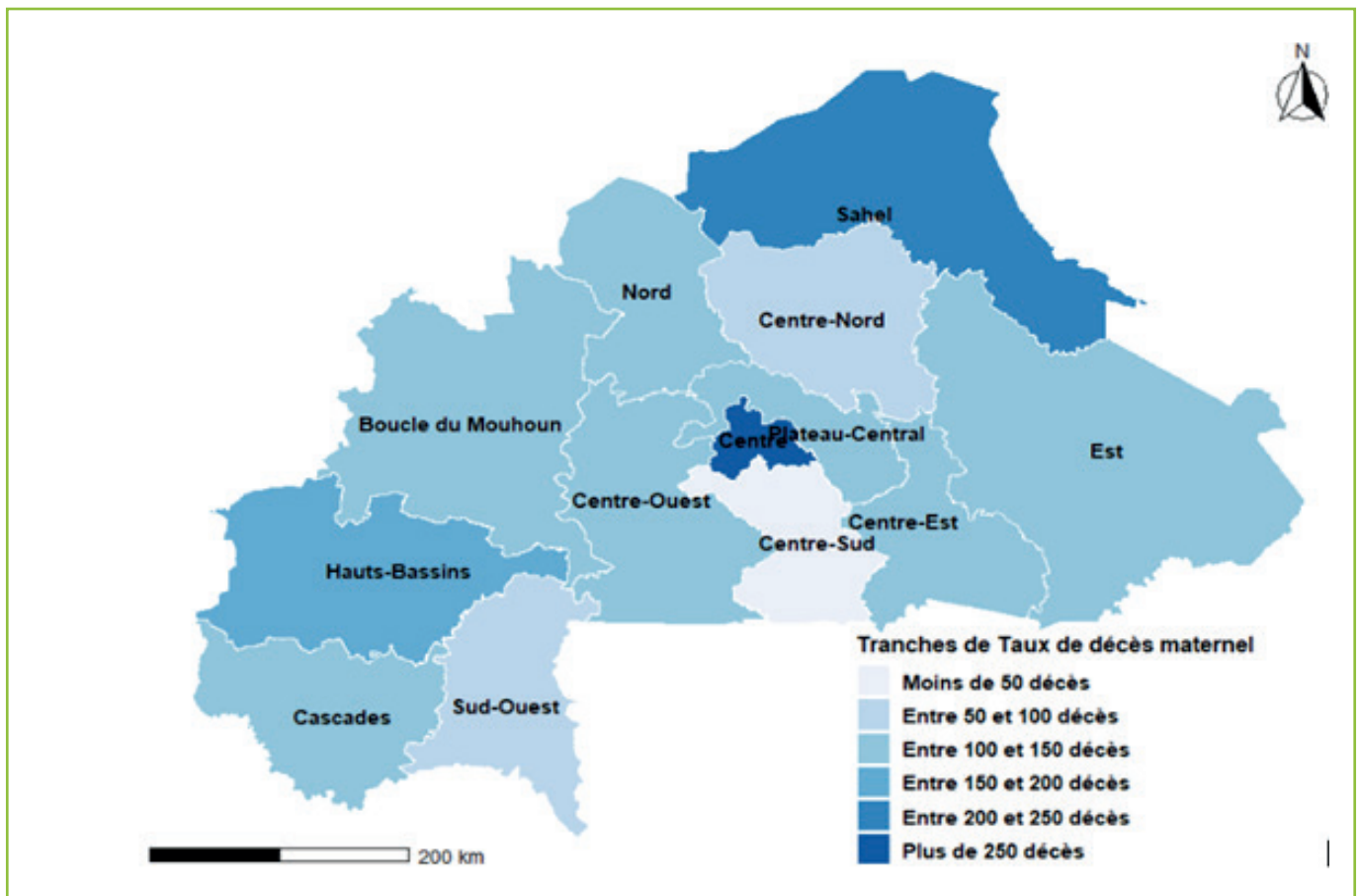


Figure 3b : Cartographie des décès maternels par région en 2020

La cartographie des taux de mortalité maternelle entre 2014 et 2020 révèle une forte hétérogénéité spatiale à l'échelle nationale. Les régions du Centre et du Sahel se distinguent par des niveaux particulièrement élevés, dépassant largement la moyenne nationale, avec une aggravation marquée dans le Centre (204,08 à 288,59 décès pour 100 000) et une baisse relative mais toujours préoccupante dans le Sahel (300,28 à 240,87).

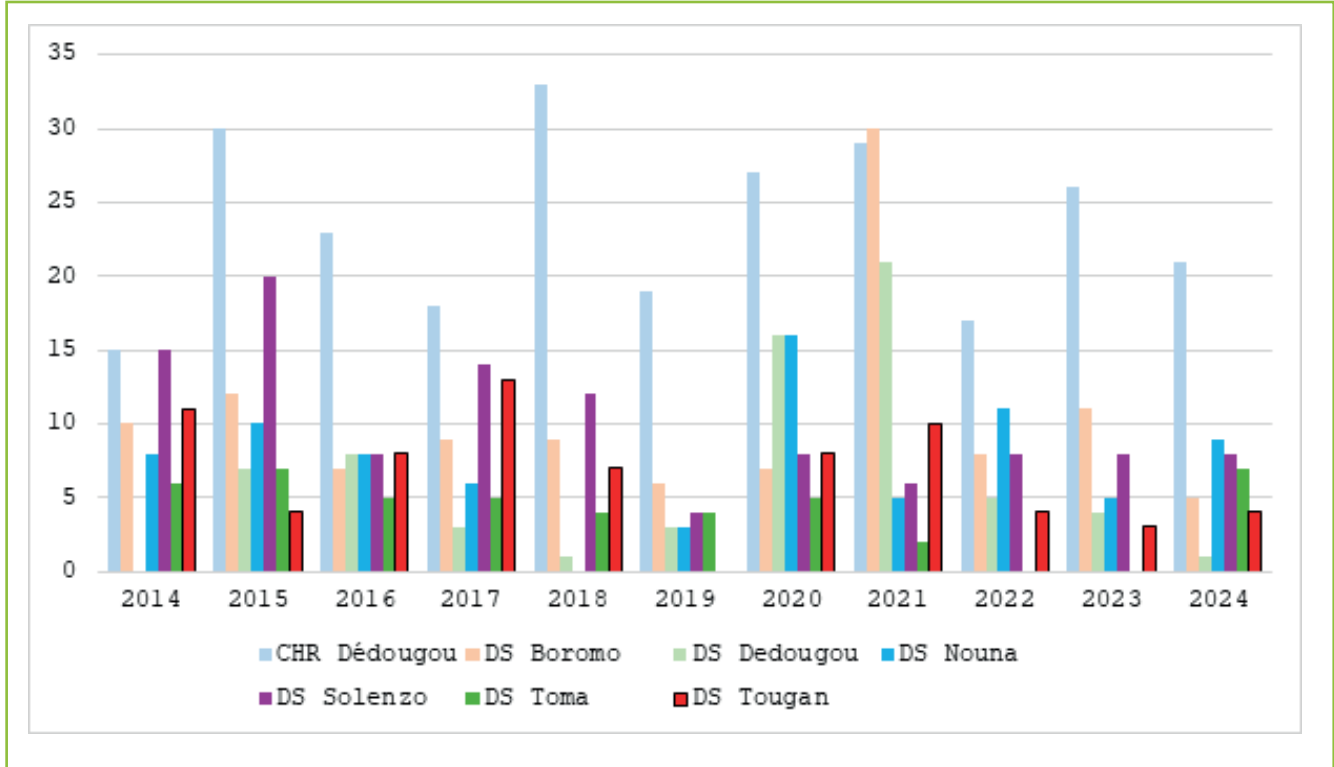
Les Cascades et le Centre-Ouest connaissent également une hausse importante, traduisant une dégradation de la situation maternelle dans ces zones. À l'opposé, des régions comme le Sud-Ouest (93,23 à 81,34) et le Centre-Sud (42,11 à 42,54) affichent des niveaux relativement faibles et stables, constituant des pôles de meilleure performance.

Les Hauts-Bassins, l'Est et le Nord présentent des valeurs intermédiaires mais persistent au-dessus de 110 décès pour 100 000, suggérant des vulnérabilités structurelles.

Globalement, la cartographie illustre une concentration des taux les plus élevés dans les régions du centre et au sahel, tandis que les régions du sud et du sud-ouest enregistrent des niveaux plus faibles, reflétant des disparités spatiales persistantes dans la réduction de la mortalité maternelle.

ARTICLES COMPLETS

5. Evolution des décès maternels dans la Boucle du Mouhoun 2014 à 2024



Graphiques 4 : Evolution des décès maternels dans la Boucle du Mouhoun

L'analyse comparative des décès maternels dus aux complications obstétricales entre 2014 et 2024 met en évidence des différences notables entre le centre hospitalier régional (CHR) de Dédougou et les localités sanitaires environnantes. Globalement, le CHR de Dédougou enregistre systématiquement les niveaux les plus élevés, avec des pics importants en 2015, 2018 et 2021 (respectivement 30, 33 et 29 décès). À l'inverse, les autres localités affichent des tendances plus irrégulières, avec des années de faible mortalité suivies de hausses soudaines.

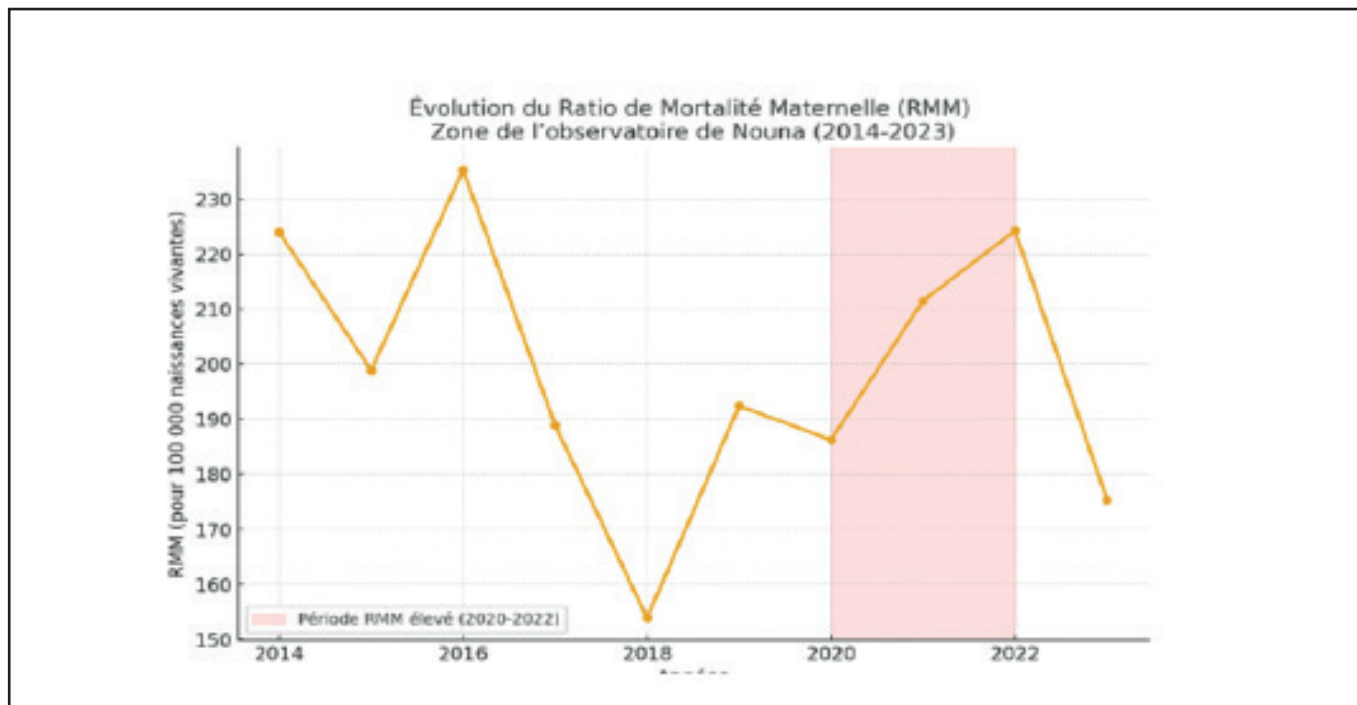
Les données utilisées dans cette étude proviennent principalement du Système de Surveillance Démographique et de Santé (SSDS) de Nouna. L'analyse a porté sur 3 156 issues de grossesses enregistrées entre 2020 et 2023. Pour chaque grossesse, des informations détaillées ont été collectées, incluant l'issue (nais-

sance vivante, mort-né, avortement), les décès maternels ainsi que les caractéristiques socio-démographiques et sanitaires des mères.

En complément, nous avons exploité les données de l'Entrepôt National des Données Sanitaires (ENDOS) afin d'apprécier l'évolution des décès maternels enregistrés dans les formations sanitaires de la région de la Boucle du Mouhoun entre 2014 et 2024. Ces données, issues du système national d'information sanitaire, permettent de situer les tendances observées dans le SSDS de Nouna dans un contexte régional plus large et de documenter les variations temporelles des décès maternels dans les structures de santé.

ARTICLES COMPLETS

6. Ratio de mortalité maternelle dans l'observatoire de population de Nouna entre 2014 et 2023



Graphiques 5 : Ratio de mortalité maternelle dans l'observatoire de population de Nouna

L'analyse de l'évolution du ratio de mortalité maternelle (RMM) dans la zone de l'observatoire de population de Nouna entre 2014 et 2023 montre des fluctuations importantes sans tendance linéaire à la baisse. La période 2020-2022 se caractérise par des niveaux relativement élevés (entre 186 et 224 décès pour 100 000 naissances vivantes), en cohérence avec les résultats de l'EDS 2021 qui estimait le RMM national à 198 décès pour 100 000 naissances vivantes. Toutefois, une amélioration est observée en 2023, avec une baisse à 175 décès pour 100 000 naissances

vivantes, traduisant un progrès récent mais encore insuffisant pour atteindre la cible des ODD (moins de 70 décès d'ici 2030).

7. Analyse multivariée explicative des facteurs associés à la mortalité maternelle

Tableau 1. Analyse univariée et multivariée des facteurs associés à la mortalité maternelle

ARTICLES COMPLETS

Facteur	MM (%)	OR brut	IC95%	Pu	OR ajusté	IC95%	Pu
Statut migratoire							
Résidente	1,30%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
Migrante	2,79%	2,18	(1,07-4,43)	0,032*	2,50	(0,88-7,11)	0,086
Âge de la mère							
25-34 ans	1,53%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
15-24 ans	1,19%	1,41	(0,55-3,41)	0,465	1,32	(0,43-4,09)	0,631
≥ 35 ans	1,61%	1,22	(0,59-2,46)	0,585	1,16	(0,49-2,70)	0,739
Milieu de résidence							
Rural	0,67%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
Urbain	2,53%	2,64	(1,12-5,82)	0,013*	2,14	(0,97-4,70)	0,060
Survie de l'enfant							
Oui	0,65%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
Non	47,27%	5,12	(2,40-9,80)	0,000*	2,74	(1,28-5,42)	0,000*
Première grossesse							
Non	1,74%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
Oui	0,65%	0,31	(0,10-0,89)	0,027*	0,28	(0,08-0,99)	0,048*
Type d'accouchement							
Voie basse	1,45%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
Césarienne	0,00%	0,52	(0,06-4,11)	0,512	0,46	(0,03-6,26)	0,559
Instruction							
Non instruite	7,14%	Réf.	-	-	Réf.	-	-
Instruite	2,10%	0,51	(0,10-2,25)	0,379	0,44	(0,03-5,61)	0,043*

Légende du tableau

- MM (%) : Taux de mortalité maternelle pour chaque modalité (décès rapportés au nombre total de parturientes).
- OR brut : Odds Ratio issu de l'analyse univariée.

- OR ajusté : Odds Ratio issu du modèle multivarié final.
- Pu : valeur p en analyse univariée.
- Pm : valeur p en analyse multivariée.
- Significativité : * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

L'analyse multivariée des facteurs associés à la mortalité maternelle montre que la Survie de l'enfant : La non-survie de l'enfant est le facteur le plus fortement associé à la mortalité maternelle (OR ajusté = 2,74 ; $p < 0,001$).

Les mères dont l'enfant décède présentent un risque plus que doublé de décéder à leur tour, suggérant des complications obstétricales sévères affectant simultanément la mère et le nouveau-né.

Première grossesse : Être à la première grossesse apparaît comme un facteur protecteur (OR ajusté = 0,28 ; $p = 0,048$).

Ce résultat pourrait refléter une meilleure prise en charge des primigestes ou une vigilance accrue du système de santé à leur égard.

Niveau d'instruction : Les femmes instruites ont un risque significativement plus faible de mortalité maternelle (OR ajusté = 0,44 ; $p = 0,043$).

L'éducation semble donc jouer un rôle déterminant, probablement en facilitant l'accès à l'information, à la prévention et à une utilisation plus adéquate des services de santé.

Autres facteurs (statut migratoire, âge maternel, milieu de résidence, type d'accouchement) Aucun n'est statistiquement significatif au seuil de 5 %.

Toutefois, certaines tendances existent : par exemple, résider en milieu urbain ou être migrante augmente le risque de décès maternel (p proche de 0,05), indiquant des inégalités potentielles d'accès ou de qualité des soins.

ARTICLES COMPLETS

IV. Discussions

L'analyse des données du Système de Surveillance Démographique de Nouna (SSDS) a permis d'identifier les principaux facteurs associés à la mortalité maternelle dans cette zone. Les résultats de la régression logistique montrent que la non-survie de l'enfant, la primiparité et le niveau d'instruction sont des facteurs significativement associés à la mortalité maternelle.

La non-survie de l'enfant apparaît comme le facteur le plus déterminant (OR ajusté = 2,74 ; $p < 0,001$). Cette association reflète la forte interdépendance entre mortalité maternelle et périnatale, confirmant les travaux de Say et al. (2014) et Hogan et al. (2010). Elle souligne l'importance d'un suivi obstétrical adéquat et de soins néonataux renforcés.

La primiparité semble être un facteur protecteur (OR ajusté = 0,28 ; $p = 0,048$), ce qui pourrait traduire une attention médicale accrue ou un suivi prénatal plus strict chez les primigestes. Néanmoins, il est possible que cette association soit influencée par un facteur de confusion tel que le nombre de consultations prénatales (CPN), variable non incluse dans notre modèle. Des analyses complémentaires incluant le nombre de CPN pourraient préciser si le risque réduit observé chez les primigestes est réellement lié à la parité ou au suivi prénatal.

Le niveau d'instruction se révèle également significatif (OR ajusté = 0,44 ; $p = 0,043$), indiquant que les femmes instruites ont un risque réduit de mortalité maternelle. Cela rejoint les conclusions de Fagbamigbe et Idemudia (2015), selon lesquelles l'éducation maternelle favorise l'accès aux soins et la compréhension des complications obstétricales.

D'autres facteurs tels que le statut migratoire, l'âge maternel, le milieu de résidence et le type d'accouchement n'ont pas atteint la significativité

statistique au seuil de 5 %. Il est important de noter que l'âge maternel et la parité sont fortement corrélés, et que nous avons vérifié la colinéarité avant d'inclure ces variables dans le modèle. Les résultats suggèrent que l'effet de l'âge pourrait être partiellement expliqué par la parité.

Enfin, le contexte sécuritaire à Nouna peut exacerber les risques de mortalité maternelle en limitant l'accès aux structures de santé et en perturbant le suivi obstétrical (UNICEF, 2022).

En résumé, nos résultats montrent que la survie de l'enfant, la primiparité et le niveau d'instruction sont des déterminants clés de la mortalité maternelle dans le SSDS de Nouna. Ces facteurs devraient guider les politiques de santé publique locales, notamment le renforcement du suivi prénatal et des interventions éducatives ciblées.

V. Recommandations

Au regard des constats de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées afin d'améliorer la santé maternelle dans le SSDS de Nouna :

- Renforcer le suivi prénatal et postnatal, en particulier pour les primipares et les mères ayant connu une perte néonatale.
- Promouvoir l'éducation et la sensibilisation sanitaire des femmes, afin d'améliorer l'adhésion aux soins obstétricaux.
- Améliorer l'accès aux soins maternels, notamment par des unités de santé communautaires et la disponibilité de personnel qualifié et de matériel obstétrical.
- Cibler les populations à risque, notamment les mères migrantes et celles vivant en milieu urbain, avec un suivi rapproché et des campagnes de sensibilisation.
- Prendre en compte le contexte sécuritaire, avec des plans d'urgence pour le transport des patientes et la coordination avec les acteurs humanitaires.

ARTICLES COMPLETS

- Renforcer la surveillance et la recherche, pour évaluer l'impact des interventions et mieux comprendre les facteurs sociaux et sécuritaires influençant la mortalité maternelle.

VI. Conclusion

L'analyse des données du Système de Surveillance Démographique de Nouna révèle que la mortalité maternelle reste un problème de santé publique majeur dans cette zone, avec une tendance à l'augmentation entre 2020 et 2022, suivie d'une baisse en 2023. Cette évolution souligne la nécessité de renforcer durablement les interventions en santé maternelle afin de consolider les acquis récents et de progresser vers l'atteinte des objectifs de développement durable.

Les résultats identifient la non-survie de l'enfant, la primiparité et le niveau d'instruction maternelle comme les principaux déterminants de la mortalité maternelle.

Ces résultats soulignent l'importance de renforcer le suivi prénatal et postnatal, de promouvoir l'éducation et la sensibilisation sanitaire des femmes, et d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux, en particulier dans un contexte sécuritaire précaire. Les interventions ciblées pour les populations à risque et la mise en place d'une surveillance continue sont essentielles pour réduire les décès maternels et améliorer la santé maternelle et néonatale dans la zone de Nouna.

En définitive, cette étude fournit des preuves concrètes pour orienter les politiques locales de santé et les stratégies de prévention, en tenant compte des facteurs sociaux, sanitaires et sécuritaires qui influencent la mortalité maternelle dans cette région.

Références

- Fagbamigbe, A. F., & Idemudia, E. S. (2015). Barriers to antenatal care use in Nigeria: Evidences from non-users and implications for maternal health programming. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0527-y>
- Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., et al. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 375(9726), 1609–1623.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) & ICF. (2023). Enquête Démogra-

phique et de Santé du Burkina Faso 2021. INSD et ICF International.

- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) & ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. INSD et ICF International.

- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., et al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323–e333.

- UNICEF. (2022). Situation sécuritaire et accès aux soins de santé au Burkina Faso. Rapport interne.

ARTICLES COMPLETS

Optimiser la gratuité des soins : étude de la complétude des outils de gestion, de leur archivage et de la motivation du personnel au CHU de Bogodogo en Octobre 2024.

AUTEURS ET AFFILIATIONS

1. TOE L. L. M., KERE S. : Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHU-B)
2. SAWADOGO P. M. : École Nationale de Santé Publique (ENSP) et Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université Joseph Ki-Zerbo (UJKZ)

AUTEUR CORRESPONDANT :

Lawapan Lancelot Marcel TOE, Tél. : (226) 70 87 02 05 / 78 15 72 98 / 57 08 53 98
E-mail : toemarcel@yahoo.fr / toemarcelot@gmail.com

1. Problème abordé

Les rapports montrent que des problèmes de qualité des données entraînent des pertes financières importantes pour les formations sanitaires, compromettant ainsi la pérennité de la politique de gratuité.

2. Apports de l'article/Résultats majeurs

Cet article montre que les discordances de données de coûts de la gratuité sont liées à un remplissage incomplet des outils de gestion, un archivage inadéquat, ainsi qu'une faible motivation des agents.

3. Implications en santé publique

L'étude souligne l'importance d'assurer un remplissage complet des outils de gestion, d'améliorer leur archivage et de motiver le personnel afin de garantir le remboursement des coûts engagés. Toute chose qui permet d'optimiser la mise en œuvre de la gratuité des soins.

RESUME

Introduction

Depuis 2020 à nos jours, les contrôles de l'effectivité de la mise en œuvre des mesures de gratuité des soins et services de santé au Centre Hospitalier Universitaire de Bogodogo (CHU-B), ont toujours révélé des incomplétudes dans le remplissage des outils de gestion et/ou des problèmes liés à leur archivage. Ces insuffisances occasionnent la faible concordance entre les coûts rapportés et ceux validés conduisant ainsi au remboursement partiel des dépenses engagées par l'hôpital. Cette situation engendre d'énormes pertes financières qui se chiffrent à plusieurs millions de francs CFA chaque année au CHU-B.

La présente étude vise à élucider les facteurs expliquant la faible concordance entre les coûts rapportés et les coûts contrôlés dans le cadre de la gratuité des soins.

Méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive. Elle a consisté à l'analyse du contenu de 400 outils de gestion, couplée à une enquête auprès de 84 agents impliqués dans la gestion de la gratuité des soins au CHU-B. Les instruments utilisés ont été : une fiche d'analyse du contenu, une liste de vérification et un questionnaire.

la faible concordance entre les coûts des prestations transmis et les coûts contrôlés dans le cadre de la gratuité des soins au CHU-B.

ARTICLES COMPLETS

Résultats

Les résultats de cette étude révèlent un remplissage incomplet des outils, un archivage inadéquat des pièces justificatives et une faible motivation des agents. Toute chose qui explique la faible concordance entre les coûts des prestations transmis et les coûts contrôlés dans le cadre de la gratuité des soins au CHU-B.

Conclusion

L'amélioration de la concordance entre les coûts des prestations rapportés et les coûts contrôlés nécessite de former et sensibiliser les agents au bon remplissage des outils, de digitaliser l'archivage de ces outils et de prendre des mesures incitatives pour le personnel impliqué dans la gestion de la gratuité.

Mots clés : Burkina Faso, gratuité des soins, complétude, CHU-B.

ABSTRACT

Introduction

Since 2020 to the present day, inspections of the effectiveness of the implementation of free healthcare measures at the Bogodogo University Hospital Center (CHU-B) have consistently revealed incomplete filling of management tools and/or issues related to their archiving. These shortcomings result in low consistency between the reported costs and the validated costs, leading to partial reimbursement of expenses incurred by the hospital. This situation causes significant financial losses, amounting to several million CFA francs each year for CHU-B.

The present study aims to clarify the factors explaining the low consistency between the reported costs and the verified costs in the context of free healthcare.

Methods

This was a cross-sectional descriptive study. It involved analyzing the content of 400 management tools, combined with a survey of 84 staff members

involved in managing free healthcare at CHU-B. The instruments used were: a content analysis form, a checklist, and a questionnaire.

Results

The results of this study reveal incomplete filling of the tools, inadequate archiving of supporting documents, and low staff motivation. All of these factors explain the low consistency between the transmitted service costs and the verified costs in the framework of free healthcare at CHU-B.

Conclusion

Improving the consistency between the reported service costs and the verified costs requires training and raising staff awareness on proper completion of tools, digitizing their archiving, and adopting incentive measures for the personnel involved in managing free healthcare.

Keywords: Free healthcare, Completeness, CHU-B.

INTRODUCTION

Les barrières financières d'accès aux services de santé ont conduit le gouvernement du Burkina Faso à adopter en Conseil des Ministres le 2 mars 2016, la gratuité des soins au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Selon les dispositions réglementaires portant sur la gestion de la gratuité des soins (1), les structures de santé dispensent gratuitement les soins concernés aux bénéficiaires puis les déclarent chaque fin de mois au ministère chargé de la santé. Périodiquement, la structure chargée du remboursement effectue le contrôle de l'effectivité des coûts avant de procéder au virement des ressources. Seuls les coûts validés sont payés. Toutefois, les outils de gestion sont le plus souvent incomplètement renseignés et certains sont parfois introuvables lors des contrôles occasionnant ainsi un remboursement partiel des coûts.

ARTICLES COMPLETS

Cette situation est régulièrement observée au CHU-B engendrant des pertes financières se chiffrant en moyenne à quatre-vingt-dix-sept millions cent mille (97 100 000) francs CFA chaque année (2). Au regard de la persistance du problème et en dépit de la mise en place de la Facture individuelle numérique de Soins gratuité (FIS) ainsi que le renforcement de l'effectif du personnel, il nous est apparu pertinent d'analyser le problème de la faible complétude des outils de gestion de la gratuité, en examinant principalement leur gestion et la motivation au travail du personnel de santé.

METHODES

Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive. Les données ont été collectées du 04 au 18 octobre 2024.

Site d'étude

Le site d'étude est le Centre hospitalier universitaire de Bogodogo (CHU-B), précisément au niveau des services de Gestion administrative des patients (SGAP), de Gynécologie obstétrique et médecine de reproduction (GOMR) et de pédiatrie.

Population d'étude

La population d'étude comprend d'une part, les outils de gestion de la gratuité des soins constitués des fiches individuelles de prise en charge, de bulletins d'examen gratuité, d'ordonnances gratuité et de billets de sortie de l'hôpital. D'autre part, il s'agit d'agents impliqués dans la gestion de la gratuité des soins provenant des services de GOMR, de pédiatrie et du SGAP. Les profils de ces agents sont : médecin, sage-femme, maïeuticien, infirmier, agent administratif et stagiaire.

Taille d'échantillon

Une quantité moyenne de 46 244 prestations est offerte chaque année aux bénéficiaires de la gratuité des soins au CHU-B. Au regard de cette quantité (supérieure à 10 000) la formule Schwar-

tz a été utilisée pour calculer la taille n de l'échantillon :

En anticipant un taux de non réponse de 5%, on obtient **$n = 400$ prestations.**

Aussi, nous avons déterminé le nombre d'agents impliqués dans la gestion de la gratuité à partir de la table de Krejcie et Morgan (1970). En effet, l'effectif total de notre champ d'étude composé des services de GOMR, pédiatrie et du SGAP est de 194 agents ; ce qui correspond à un échantillon de 132 sur la table de Krejcie et Morgan (1970). Cet échantillon a été reparti proportionnellement à l'effectif de chaque service du champ d'étude soit respectivement 79, 48 et 5. En raison de quelques difficultés rencontrées pendant l'enquête, le service de pédiatrie qui compte 48 personnes a été retiré de la liste de l'enquête. D'où **un échantillon de 84 pour les agents enquêtés.**

Echantillonnage

Un tirage aléatoire systématique a été utilisé pour la sélection des prestations à analyser. Étant donné que les prestations sont organisées par bénéficiaire, le tirage aléatoire s'est porté sur ces derniers. Les prestations du mois de novembre 2023 qui constitue le dernier mois où les données étaient accessibles et disponibles ont été retenues, c'est-à-dire les prestations déjà contrôlées et déclassées.

Pour calculer le pas de sondage k , nous avons considéré la quantité moyenne de prestations de gratuité par mois qui est de 3 854 divisé par l'échantillon de 400 prestations. Ce qui donne $3\ 854 / 400 = 9,635$.

Puis, nous avons fait la sélection des bénéficiaires à partir de la base de données du mois de novembre 2023. Pour chaque bénéficiaire sélectionné, tous les outils de gestion utilisés pour sa prise en charge ont été recherchés et vérifiés.

En plus des outils de gestion, un choix accidentel de 84 agents impliqués dans la gestion de la gratuité des soins a été fait. Il s'agit d'agents qui étaient présents et disponibles au moment de l'enquête.

ARTICLES COMPLETS

Variables

Un cadre conceptuel a été élaboré afin de bien circonscrire le problème de recherche et d'orienter la collecte des données. Ce modèle conceptuel comporte une variable dépendante et deux variables indépendantes.

La variable dépendante est : la concordance entre les coûts des prestations transmis et les coûts contrôlés de la gratuité des soins. Elle est influencée par deux variables indépendantes à savoir : la gestion des outils de la gratuité des soins et la motivation au travail des agents en charge de la gestion de la gratuité des soins.

La gestion des outils de la gratuité des soins renvoie à deux composantes essentielles à savoir la complétude du remplissage des supports de collecte des données et l'archivage des outils de gestion. On parle de complétude du remplissage lorsque les éléments suivants sont complètement renseignés sur le support : les informations générales, les actes posés par les agents de santé, les médicaments prescrits, les examens complémentaires, les informations sur l'hospitalisation (lorsque le patient est hospitalisé) et les informations sur le mode de sortie de l'hôpital. Quant à l'archivage des outils de gestion, elle se réfère aux éléments suivants : le classement des outils de gestion par mois et par prestation ; le rangement des outils de gestion dans des cantines gardées dans un local sécurisé ; la numérisation des pièces justificatives de la gratuité des soins ; la disponibilité de personnel qualifié pour l'archivage.

La motivation au travail fait référence à l'ensemble des forces internes et/ou externes qui activent, orientent, dynamisent et maintiennent le comportement des agents de santé vers la gestion optimale de la gratuité des soins.(3) Elle se distingue en deux composantes essentielles à savoir : la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque. La motivation intrinsèque fait allusion aux forces internes telles que le plaisir éprouvé par les agents de santé au travail et l'intérêt qu'ils accordent à la gratuité des soins. Quant à la motivation extrinsèque, elle renvoie aux forces externes à savoir les conditions de travail, la rémunération perçue et l'existence de sanctions ou de récompenses pour les agents en fonction de leur performance.

Technique de collecte des données

Les techniques de collecte ont été les suivantes : l'analyse du contenu des supports de collecte de données relatifs à la gratuité des soins et l'enquête.

Outils de collecte des données

Une grille d'analyse, une liste de vérification et un questionnaire ont été utilisés pour collecter les données. Ces outils ont été validés à l'issue d'un pré-test.

Collecte des données

Les données ont été collectées par six enquêteurs formés ayant au moins le niveau baccalauréat. La supervision a été assurée par deux administrateurs des services de santé et un docteur en démographie. La collecte s'est déroulée en deux (2) étapes : l'analyse des outils de gestion de la gratuité des soins, et l'enquête auprès des agents en charge de la gestion de la gratuité des soins.

Gestion et analyse des données

Les données collectées ont été traitées et analysées à l'aide de l'application en ligne Google Forms. Les tableaux ont été conçus à l'aide du logiciel, Excel 2016. Les résultats sont présentés sous forme textuelle, tabulaire et graphique.

Considérations éthiques

L'étude a été autorisée par le Directeur Général du CHU-B suivant références N°2024-0173/MS/SG/CHU-B/DG en date du 1er octobre 2024.

Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu avant l'enquête. L'équipe de recherche a traité de manière anonyme les données recueillies de sorte à assurer leur confidentialité.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques du personnel en charge de la gestion de la gratuité

Les résultats montrent que 84 agents en charge de la gratuité des soins ont été interrogés. Ces agents étaient majoritairement de sexe féminin ; principalement de qualification professionnelle sage-femme. La moitié de ces agents (50%) avait plus de dix années d'expérience professionnelle (Tableau 1).

ARTICLES COMPLETS

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentages
Sexe :		
- Féminin	63	75 %
- Masculin	21	25 %
TOTAL	84	100 %
Service :		
- Gynécologie obstétrique et médecine de reproduction	76	90 %
- Gestion administrative des patients	08	10 %
TOTAL	84	100 %
Qualification professionnelle :		
- Médecin	08	10 %
- Attaché de santé	01	1 %
- Sage-femme	50	60 %
- Maïeuticien	04	5 %
- Gestionnaire des services de santé	01	1 %
- Réceptionniste	07	8 %
- Internes des hôpitaux	13	15 %
TOTAL	84	100 %
Ancienneté professionnelle :		
- De 0 à 5 ans	25	30 %
- De 6 à 10 ans	17	20 %
- 11 ans et plus	42	50 %
TOTAL	84	100 %

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques du personnel en charge de la gestion de la gratuité au CHU-B, octobre 2024

Motivation au travail des agents en charge de la gestion de la gratuité des soins au CHU-B

- Résultats liés à la motivation intrinsèque du personnel enquêté

Les résultats de l'enquête montrent que 92% des enquêtés accordent un intérêt à la gratuité des soins

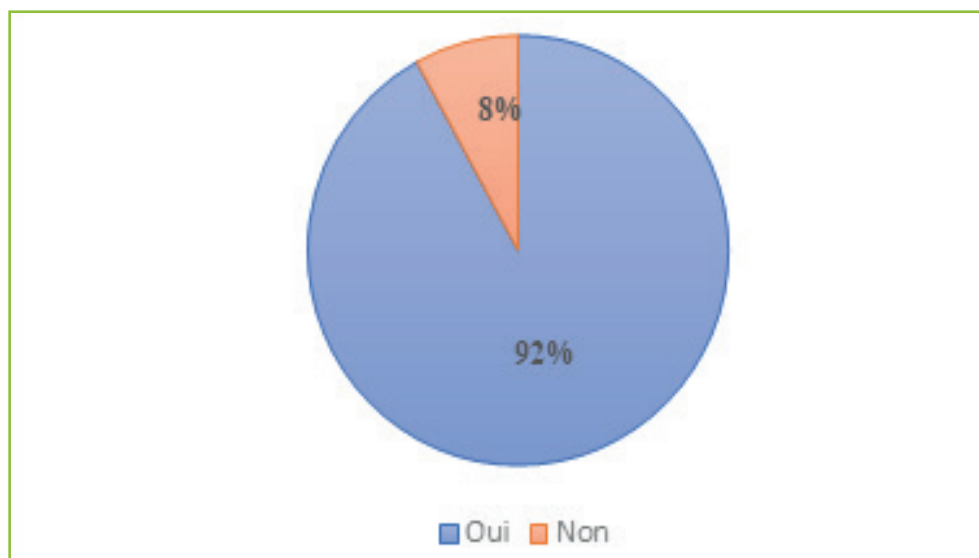


Figure 1 : intérêt accordé à la gratuité des soins par les agents enquêtés du CHU-B en 2024.

Les domaines d'intérêt liés à la gratuité des soins sont répertoriés dans le graphique 2 ci-dessous.

ARTICLES COMPLETS

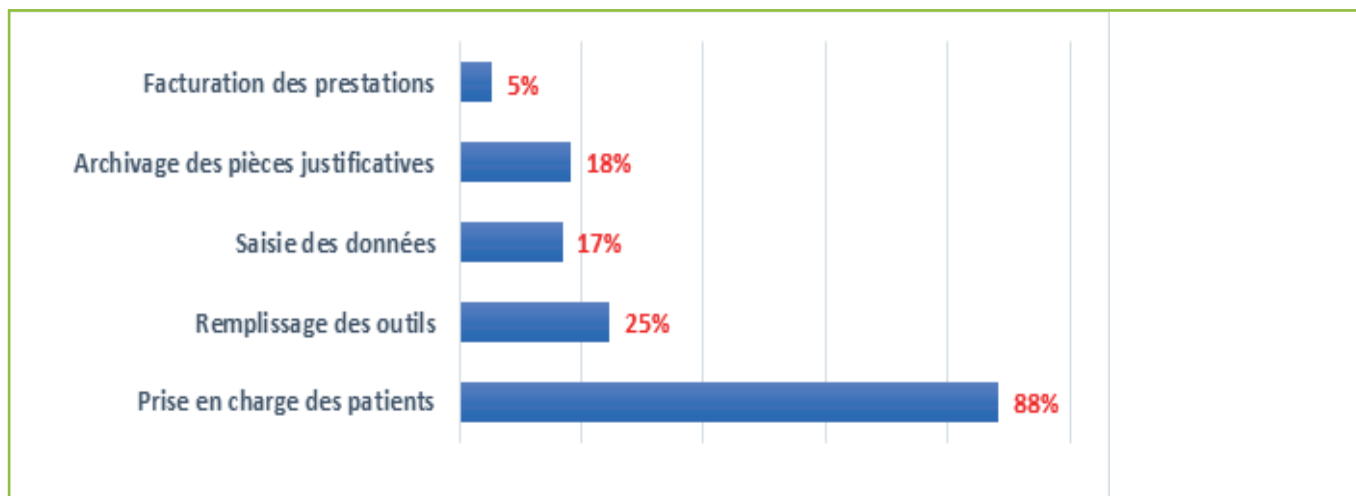


Figure 2 : domaine d'intérêt des agents enquêtés dans le cadre de la gratuité des soins du CHU-B en 2024

- Résultats liés à la motivation extrinsèque du personnel enquêté

Les résultats montrent que 8% des enquêtés ont trouvé leur rémunération satisfaisante. Par ailleurs, 63% ont trouvé que les agents indécents sont sanctionnés (Figure 3).

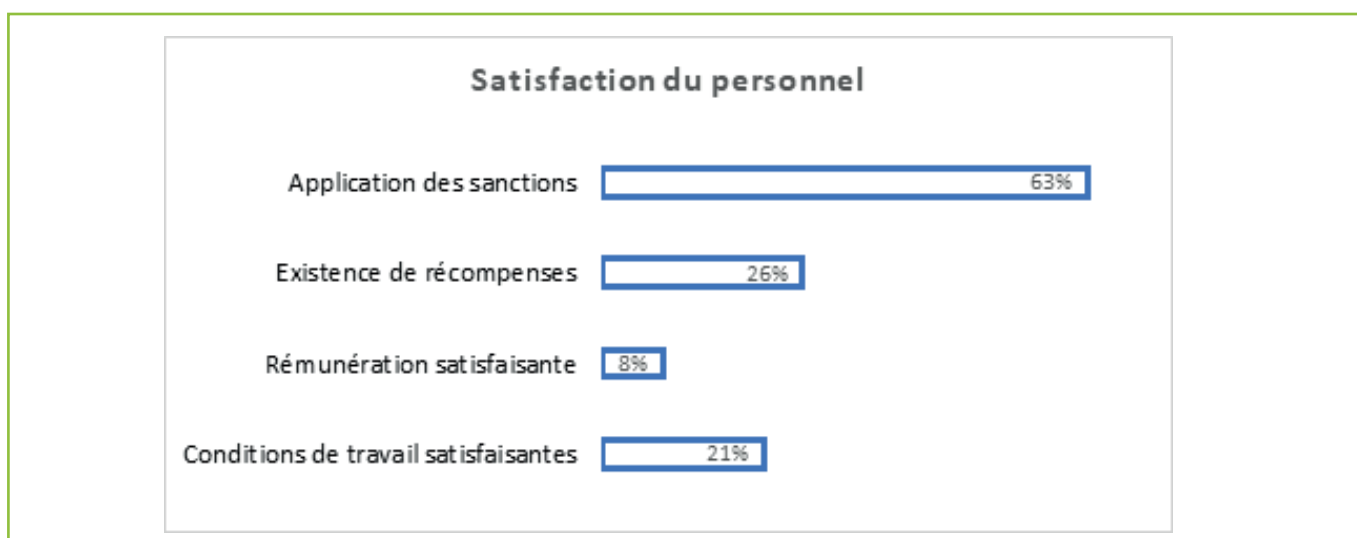


Figure 3 : satisfaction du personnel enquêté du CHU-B en 2024 par rapport aux conditions de travail, salaire perçu, récompenses et sanctions.

Complétude du remplissage des outils de gestion de la gratuité au CHU-B

Comme le montre les résultats dans le tableau I, les outils étaient constitués de 28 fiches individuelles de prise en charge, 212 ordonnances gratuité, 128 bulletins d'examen gratuité et 32 billets

de sortie de l'hôpital. Il est ressorti de l'analyse de ces outils, un taux de complétude globale de 12%. La complétude la plus faible concerne les billets de sortie de l'hôpital où le taux était de 3%.

Tableau I : Taux de complétude du remplissage des supports de gestion de la gratuité des soins au CHU-B, Octobre 2024

ARTICLES COMPLETS

Type de support	Nombre total	Nombre complètement renseigné	Taux de complétude
Fiche individuelle de prise en charge	28	26	93%
Ordonnance gratuité	212	11	5%
Bulletin d'examen gratuité	128	10	8%
Billet de sortie de l'hôpital	32	1	3%
Total	400	48	12%

- Archivage des données de la gratuité au CHU-B

Il s'est agi de vérifier les éléments suivants : le respect des normes de classement et de rangement des outils, la disponibilité d'un personnel qualifié pour l'archivage et l'existence d'un procédé électronique pour la dématérialisation des pièces justificatives (PJ) de la gratuité des soins. S'agissant du respect des normes de classement, les résultats de la vérification ont montré que les outils sont classés par mois, mais pas par prestation. Pour ce qui concerne les normes de rangement, les résultats de la vérification ont montré que certains outils de gestion sont rangés dans des cantines, mais pas tous. En effet, il n'existe que neuf cantines déjà pleines. Le reste des outils est rangé dans des cartons. Par ailleurs, il n'existe pas de local adapté pour la garde des cantines. Concernant la disponibilité d'un personnel qualifié pour l'archivage, les résultats de l'enquête ont révélé qu'il n'existe pas d'archiviste affecté au service de gestion administrative des patients (SGAP). Aussi, le personnel de ce service n'est pas formé en technique d'archivage. S'agissant la dématérialisation, les résultats de la vérification montrent que les données de la

gratuité ne sont pas numérisées et l'hôpital ne dispose pas de moyens nécessaires à cet effet.

DISCUSSION

Discussion des résultats relatifs à la motivation au travail des agents en charge de la gestion de gratuité des soins au CHU-B

L'étude révèle une forte motivation intrinsèque des agents : 92 % d'entre eux manifestent un intérêt pour la gratuité des soins, ce qui témoigne d'une adhésion au principe et à l'utilité sociale de cette politique de santé. Cependant, cette motivation est contrebalancée par une faible motivation extrinsèque, comme l'indique le manque de satisfaction concernant les conditions de travail (locaux, charge de travail, matériel) et la rémunération perçue jugée insuffisante. Ce déséquilibre entre motivation intrinsèque et extrinsèque pourrait expliquer le manque de rigueur dans l'utilisation des outils de gestion, compromettant ainsi la performance globale du système de gratuité des soins du CHU-B. Des études similaires menées au Ghana sur la politique de gratuité de l'accouchement ont révélé que la motivation du personnel est un facteur déterminant de la qualité du service.

ARTICLES COMPLETS

Par exemple, Witter S. et al. (2007) (4) notent que la faible motivation financière et l'absence de retour positif ont contribué à une baisse de la qualité de la prestation malgré la gratuité des soins. Ainsi, une forte motivation intrinsèque peut ne pas suffire à garantir un engagement durable si elle n'est pas soutenue par des incitations extrinsèques. La situation au CHU-B est donc typique d'un déséquilibre entre les deux dimensions de la motivation, pouvant entraîner de la démotivation à long terme.

Discussion des résultats relatifs à la complétude du remplissage des outils de gestion de la gratuité des soins

Le taux de complétude global des supports de gestion est extrêmement faible (12%). Cette situation nuit fortement à la fiabilité des données transmises et explique en partie les discordances constatées entre les coûts transmis et les coûts contrôlés.

Une étude conduite par BONDE N. B. (2020) (5) dans le cadre de la gratuité au CHU-B, a également mis en lumière des lacunes dans le renseignement des outils de gestion, principalement dues à la charge de travail et au manque de formation.

Ainsi, le faible taux de complétude rend difficile le contrôle a posteriori des prestations, favorise les discordances entre les coûts transmis et les coûts contrôlés, et engendre des pertes financières importantes pour le CHU-B.

Discussion des résultats relatifs à l'archivage des outils de gestion de la gratuité des soins

Selon les normes de classement, les outils de gestion doivent être classés par mois et par prestation. Les résultats de la vérification ont montré que les outils sont classés par mois, mais pas par prestation ; ce qui complique le suivi personnalisé.

Pour ce qui concerne les normes de rangement,

les outils doivent être rangés dans des cantines et gardés dans un local sécurisé. Les résultats de la vérification ont montré que le rangement est partiellement conforme (usage de cantines), mais le matériel est insuffisant et les conditions de conservation sont inadaptées.

Ces lacunes engendrent non seulement des pertes d'information, mais entravent aussi la qualité des contrôles et renforcent la faible concordance entre les coûts transmis et ceux validés. Le problème est d'autant plus préoccupant car en 2023, OUEDRAOGO W. (6) avait soulevé que les problèmes d'archivage et de traçabilité au CHU-B dataient de plusieurs années.

Notons que cette étude comprend des limites dont il faut en tenir compte dans l'exploitation des résultats. En effet, nous n'avons pas pu réaliser l'enquête dans le service de pédiatrie qui prend en charge également des bénéficiaires de la gratuité des soins que sont les enfants de moins de cinq (5) ans. La prise en compte de ce service aurait contribué à renforcer les résultats de cette étude.

CONCLUSION

Cette étude a mis en lumière les facteurs expliquant la faible concordance entre les coûts de gratuité des soins rapportés et les coûts contrôlés. Au nombre de ceux-ci, on peut citer : la faible motivation extrinsèque des agents, la mauvaise qualité du remplissage des outils, et un archivage inadapté contribuant ainsi à occasionner d'énormes pertes financières pour le CHU-B. Cette situation compromet gravement l'efficacité du système de gratuité des soins au CHU-B.

Pour en sortir, il est essentiel d'agir simultanément sur la motivation des agents impliqués à travers l'amélioration de leurs conditions de travail, l'institution de récompenses pour les agents les plus performants et l'augmentation de la rémunération.

ARTICLES COMPLETS

Il est aussi essentiel de former le personnel sur le remplissage des outils de la gratuité, de digitaliser le système d'archivage des supports, sans oublier la sensibilisation du personnel. En effet, il est important de faire comprendre aux agents que la non complétude des outils de gestion de la gratuité des soins conduit au non remboursement des coûts ; toute chose qui engendre d'énormes pertes financières pour l'hôpital et entrave par conséquent les possibilités de motivation financières à l'endroit des agents même méritants.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient le Directeur Général de l'École Nationale de Santé Publique ainsi que le directeur de la Formation Supérieure en Sciences de la Santé (DFSSS) pour l'appui au financement de la collecte des données mobilisées dans le cadre de cette étude.

Les remerciements vont également à l'endroit du Direction général du CHU-B, qui a facilité la réalisation de cette étude.

REFERENCES

1. MSHP / MEFP. Arrêté conjoint N°2024-444 du 29 juillet 2024, portant adoption du manuel de procédures descriptives des modalités de gestion, de suivi et de contrôle des mesures de gra-

tuité des soins et services de santé au Burkina Faso. p. 72.

2. ONG Help et Save the children. Rapports de contrôle des prestations de la gratuité des soins du CHU-B des mois de février à septembre 2018; janvier à avril 2020; mars, avril et septembre 2021; janvier à mai 2022; novembre et décembre 2023; et février 2024. Ouagadougou;

3. Amabile, T. M. « Synergie motivationnelle : Vers de nouvelles conceptualisations de la motivation intrinsèque et extrinsèque sur le lieu de travail. » Étude de la gestion des ressources humaines 3. Automne 1993;no 3:185-201.

4. Witter S., Kojo D. A, Kusi A. , et Akoto Z. S. The experience of Ghana in implementing a User Free Exemption Policy to provide Free Delivery Care, Reproductive Health Matters. 2007;79p., p68.

5. BONDE N. B. La mise en oeuvre de la gratuité des soins au centre hospitalier universitaire de Bogodogo : difficultés et perspectives. Ouagadougou: ENAM; 2020 p. 62p.

6. OUEDRAOGO WGCR. Analyse de la politique de gratuité des soins : cas du centre hospitalier universitaire de Bogodogo. Ouagadougou: ENAM; 2023 p. 59p. Report No.: R-A-2023 : 012-OUE.

NOS PARTENAIRES & PARTIE PRENANTE



Pour soumettre un article :
bsp.bf@sante.gov.bf

Pour consulter les éditions du BSP ou les instructions aux auteurs :
<https://www.sante.gov.bf/1>

N°08 Mars 2026 ISSN : 2756-7419

Copyright, 2026 BSP - BF tous droits réservés