
Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir !

Fabienne Richard¹, Sophie Witter² & Vincent De Brouwere^{1,3}

Contexte

Un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) fixé par les Nations Unies était de réduire de trois quarts la mortalité maternelle (MM) entre 1990 et 2015 (UN 2005). Cet objectif représente un défi de santé mondial de la plus haute importance, et ce, pour plusieurs raisons.

UNE MORBIDITE ET MORTALITE CONTINUELLEMENT ELEVEES, ET POURTANT EVITABLES.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 536.000 femmes meurent chaque année de problèmes liés à la grossesse, et que la quasi-totalité de ces décès surviennent dans les pays en développement (OMS 2007). Au Niger, le risque de mortalité maternelle est estimé à un sur sept au cours de la vie d'une femme (OMS 2007). Dans les pays moins développés, 18% des décès de femmes sont attribuables à la maternité (World Bank 1993). On estime que trois quarts de ces décès pourraient être évités si les structures de soins de santé primaires (centres de santé et hôpitaux) proposaient un paquet de soins maternels de base. Cependant, à ce jour, relativement peu de progrès ont été faits. Une étude récente de l'évolution de la mortalité maternelle entre 1990 et 2005 montre une diminution significative de 2,5% par an au niveau mondial, mais sans diminution significative en Afrique sub-saharienne, où elle ne diminue que de 1,8%, passant de 921 pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 905 pour

¹ Unité Qualité et Ressources Humaines, Département de Santé Publique, Anvers, Belgique.
Email : frichard@itg.be (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

² Impact, Health Sciences Building, Foresterhill, University of Aberdeen, AB25 5DZ, Scotland.

³ UMR 912 (INSERM-IRD-U2) "Sciences Economiques et Sociales, systèmes de santé, sociétés", Marseille, France et Institut National d'Administration Sanitaire, Maroc.

100.000 en 2005 (Hill *et al.* 2007).

SANTE MATERNELLE ET SOINS AU NOUVEAU-NE SONT INTIMEMENT LIES

Sur les 130 millions de bébés qui naissent dans le monde chaque année, près de 4 millions meurent au cours de leur premier mois de vie et 98% de ces décès surviennent dans les pays en développement (Women Deliver 2007). Le manque de soins appropriés lors de l'accouchement ainsi que la morbidité et la mortalité maternelles sont les principaux facteurs induisant ces décès. Une étude à long terme réalisée à Matlab au Bangladesh a montré une forte corrélation entre la survie de la mère et celle de l'enfant jusqu'à 10 ans. Une augmentation de la mortalité de 50 pour 1.000 chez les garçons et de 144 pour 1.000 chez les filles était associée à la mort de la mère (Over *et al.* 1992).

IL EXISTE DES INEGALITES IMPORTANTES, GLOBALEMENT ET LOCALEMENT

La quasi totalité des décès maternels (99%) surviennent dans les pays en développement, ce qui fait de la mortalité maternelle la statistique sanitaire montrant la plus grosse disparité entre pays développés et pays en développement (Initiative pour une maternité sans risque 2002). La combinaison entre mortalité maternelle et taux de fécondité importants contribue au niveau élevé de risque de décès maternel sur la durée de vie adulte (probabilité pour une femme de 15 ans de décéder au cours de sa vie adulte d'une cause liée à la maternité) qui est de un sur 16 dans les pays en développement alors qu'il est de 1 pour 2.800 dans les pays développés (WHO 2005). Toutefois, les inégalités internes représentent également un énorme défi. En utilisant une adaptation de la méthode des sœurs, une étude a trouvé une forte corrélation entre la mortalité maternelle et la pauvreté dans dix pays (Graham *et al.* 2004). Dans certaines bases de données, le risque de mourir de causes maternelles était quatre fois supérieur dans le quintile le plus pauvre que dans le quintile le plus riche. En revanche, les décès pour autres causes étaient moins fortement corrélés à la pauvreté.

Cette préoccupation se reflète également dans les inégalités d'accès aux services de soins. L'analyse des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) réalisées dans plus de 50 pays en développement a montré qu'en moyenne 34% des accouchements ont été assistés par du personnel qualifié dans les ménages du quintile le plus pauvre, alors que cette moyenne était de 84%

dans le quintile le plus élevé. Cette différence n'est égalée par aucune des autres interventions de base liées à la santé maternelle et infantile (Gwatkin *et al.* 2005).

DES REPERCUSSIONS CATASTROPHIQUES SUR LES MENAGES ET LES COMMUNAUTES

Les risques engendrés par les dépenses importantes, qui plongent les familles dans la pauvreté ou les appauvrissent davantage, sont de plus en plus reconnus (Xu *et al.* 2003). Les soins maternels peuvent s'avérer très chers, spécialement lorsque des complications surviennent. Ces coûts catastrophiques peuvent plonger les familles dans la pauvreté ou les forcer à développer des stratégies d'adaptation risquées (Ensor & Ronoh 2005). Dans une revue de littérature récente, l'OMS a trouvé que les coûts directs des soins de santé maternelle représentent entre un et cinq pour cent des dépenses totales annuelles des ménages, et que cette proportion se situe entre cinq et 34% si la femme a eu une grossesse ou un accouchement compliqués (WHO 2006a). Au niveau national, l'OMS estime que l'Ethiopie et l'Ouganda perdent respectivement un total de 95 millions et 85 millions de dollars US chaque année à cause de leur faible niveau de santé maternelle (WHO 2006a). Au niveau mondial, on estime la perte annuelle de productivité liée au décès des mères ou des nouveau-nés à 15 millions de dollars US (Gill *et al.* 2007). Les estimations nationales vont de 1,50 dollar US par personne par an en Ethiopie à près de 5 dollars US par personne par an au Sénégal.

COUT-EFFICACITE DES INTERVENTIONS DE SOINS DE SANTE MATERNELLE.

Le Rapport Mondial sur le Développement de 1993 estime que les services de soins maternels (avant, pendant et après l'accouchement) coûtent 60 dollars US par année de vie corrigée pour l'incapacité (AVCI) et peuvent éviter 3% de la morbidité totale mondiale. Selon cette estimation, le renforcement des services de santé maternelle est une des cinq interventions sanitaires les plus coût-efficaces dans les pays à faibles ressources (World Bank 1993). Une étude récente portant sur les stratégies de soins de santé maternelle et infantile suggère que la prévention au niveau de la communauté pour les nouveau-nés, et au niveau des soins de santé primaires pour les mères et les nouveau-nés sont extrêmement coût-efficaces (Adam *et al.* 2005). La présence de personnel qualifié lors de tous les accouchements

est considérée comme l'intervention la plus importante pour une maternité à moindre risque, car elle permet de réagir de manière adéquate et opportune aux situations d'urgence potentiellement mortelles (UNFPA 2007).

Pourquoi les progrès sont-ils si lents? Défis pour permettre l'accès aux soins appropriés

Le manque d'accès aux soins de qualité est le principal obstacle à la réduction de la mortalité maternelle dans les pays à faible et moyen revenu (Paxton *et al.* 2005). La moyenne des accouchements réalisés en présence de personnel qualifié dans les pays en développement, qui était de 42% en 1990, est passée à 52% en 2000. Néanmoins, en Afrique sub-saharienne, la moyenne était de 40% en 1990 et a juste atteint 43% en 2000 (WHO 2006b). Dans certains pays, comme en Ethiopie, elle atteint à peine 10%.

Deux types d'obstacles sont critiques : l'accès physique et l'accès financier. Dans les pays pauvres, la densité de structures de soins équipées et dotées de personnel compétent, disponible et motivé, est faible (Koblinski 2006). Pour les femmes enceintes, cela veut souvent dire que les structures ne sont pas accessibles à pied (Thaddeus & Maine 1994). Elles préfèrent dès lors accoucher à domicile plutôt que de se lancer dans un voyage long et difficile pour atteindre un centre de santé mal équipé ou un hôpital de district en manque de personnel. Lorsque la femme ou la famille décide de se rendre dans une structure de soins appropriée, l'obstacle financier apparaît. Il existe beaucoup d'endroits où les patients doivent tout payer de leur poche, y compris le 'pourboire' au personnel. Ces coûts peuvent retarder l'accès aux soins parfois de manière fatale, ou engendrer des dépenses catastrophiques pour les ménages (Borghi 2008).

L'accès à la césarienne est également directement influencé par la richesse des ménages. Récemment, une étude réalisée par Immpact en Indonésie, a montré que moins de 1% des femmes pauvres accouchaient par césarienne alors que cette proportion était de 4% chez les riches (Immpact 2007). L'analyse des données des EDS relatives à 42 pays en développement a montré des taux de césariennes extrêmement bas chez les plus pauvres. Ils étaient inférieurs à 1% dans le quintile le plus pauvre dans 20 pays, et étaient inférieurs à 1% pour 80% de la population dans 6 pays (Ronsmans *et al.* 2006). Le taux de césariennes chez les pauvres n'excédait 5% que dans 5

pays.

On considère que dans certains pays il existe des « exclusions marginales » (où seuls les pauvres n'ont pas accès aux soins) tandis que d'autres montrent des « privations massives » (où seuls les riches ont accès aux soins) (Koblinsky *et al.* 2006). Les donateurs et les gouvernements recherchent activement des solutions coût-efficaces durables qui pourraient faire baisser les ratios de mortalité maternelle, et réduire les inégalités d'accès aux soins et à la santé.

Approches pour réduire les obstacles financiers à la santé maternelle

Les barrières physiques, celles liées à la qualité des soins et les barrières financières sont souvent liées. La distance grossit la charge financière supportée par les ménages. Les structures de soins mal approvisionnées ont aussi des répercussions sur les coûts supportés par les ménages puisque ceux-ci doivent alors acheter eux-mêmes à l'extérieur les produits nécessaires. Dans beaucoup de contextes, il est urgent d'investir à long terme dans le système de santé, afin d'augmenter la couverture effective et de réduire les coûts réels supportés par les ménages pour obtenir des soins obstétricaux. Néanmoins, réduire les barrières financières n'a de sens que si les services de soins sont disponibles et de bonne qualité.

Une analyse multivariée réalisée dans 40 pays à faibles ressources a montré que lorsque des facteurs tels que les dépenses de soins par habitant sont pris en compte, la proportion des dépenses de soins supportée par les gouvernements était associée de manière significative à l'utilisation de sages-femmes qualifiées et au taux de césariennes réalisées. Elle n'était, par contre, pas associée aux soins prénatals (Kruk *et al.* 2007). Cela corrobore l'idée qu'il est probablement nécessaire d'utiliser des subsides publics d'origines variées pour améliorer l'accès aux soins et augmenter la présence de personnel qualifié lors des accouchements.

Les approches qui ont pour but de réduire les obstacles financiers nécessitent aussi une sensibilité aux barrières culturelles et aux relations entre les sexes. Dans de nombreuses régions, les femmes ont un pouvoir de décision et un contrôle des ressources financières du ménage moins élevés que les hommes (Witter *et al.* 2008). Certaines études ont constaté que la

distance et le prix à payer dissuadent plus les femmes que les hommes d'obtenir des soins (Mwabu *et al.* 1993). Les femmes devraient donc bénéficier encore plus que les hommes de mesures visant à réduire les coûts auxquels elles doivent faire face (Kutzin 2000, Nanda 2004). Le Projet du Millénaire des Nations Unies prône l'élimination des tarifs pour les services de santé de base comme moyen rapide et efficace pour réduire les inégalités de santé liées à la pauvreté et à la discrimination entre les sexes (UN 2005).

La mise en œuvre de stratégies visant à réduire les barrières financières nécessite un juste équilibre entre la « profondeur » (la réduction des différents coûts) et la « largeur » (l'éventail de bénéficiaires). La mesure dans laquelle ces stratégies doivent se focaliser sur les plus pauvres ou être étendues de manière universelle varie selon les contextes.

Objectifs et structure de ce volume

L'objectif de cet ouvrage est de contribuer à une meilleure connaissance des expériences en cours pour réduire les barrières financières à l'accès aux soins de santé maternelle de qualité, quelle que soit l'échelle à laquelle ces expériences sont réalisées. Bon nombre d'expériences ne sont pas encore formellement documentées, et la qualité des évidences disponibles varie. Il est néanmoins crucial que les stratégies innovantes, qu'elles aient abouti ou non, soient rendues publiques. Il est important que les décideurs aient accès à cette information alors que leurs efforts pour atteindre les OMD s'intensifient.

Ce volume débute par un article de contexte qui donne un aperçu du coût des soins obstétricaux et de leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages (Borghi *et al.* 2008). Les chapitres suivants présentent une variété d'expériences récentes visant à réduire les obstacles financiers. Notre choix d'études de cas a pour but de présenter un éventail d'approches et de contextes allant de l'exemption de paiement à l'assistance en espèces, du district au pays, de l'Afrique à l'Asie et l'Amérique Latine et du ciblage à la couverture universelle.

Les études de cas comprennent :

- Le système de partage des coûts pour les urgences obstétricales à Ouagadougou, Burkina Faso (Ouédraogo *et al.* 2008);
- Le Forfait Obstétrical en Mauritanie (Renaudin *et al.* 2008);
- Les mutuelles de santé pour la prise en charge des risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA) en Guinée (Ndiaye *et al.* 2008);
- Le rôle de la micro-assurance dans l'accès aux soins obstétricaux en Afrique (Soors *et al.* 2008) ;
- Les politiques nationales de gratuité pour les césariennes au Ghana et au Sénégal (Witter *et al.* 2008);
- Le développement de l'assurance nationale pour la santé de la mère et l'enfant en Bolivie (Pooley *et al.* 2008)
- Le système de bons ('*vouchers*') pour les accouchements et de fonds sanitaire pour l'équité au Cambodge (Por *et al.* 2008)
- Le système de primes conditionnelles en espèces pour les accouchements dans les familles pauvres en Inde (Devadasan *et al.* 2008).

Le chapitre de conclusion porte sur les enseignements tirés de ces études de cas, et sur leurs implications politiques (Witter *et al.* 2008).

Les leçons tirées sont importantes, mais uniquement lorsqu'elles sont replacées dans un contexte plus global. Il est maintenant largement reconnu que « des systèmes de santé fonctionnels et réactifs sont une condition préalable essentielle pour s'attaquer largement et durablement à la santé maternelle et infantile » (UN Millennium Project 2005). Cela implique de s'attaquer à l'environnement politique, social et économique dans lequel ces systèmes sont intégrés. Ces derniers sont nationaux et internationaux par nature.

Si l'on se penche sur les histoires du Sri Lanka et de la Malaisie qui ont abouti à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, on observe que le financement n'est qu'un des piliers de toutes les stratégies interdépendantes auxquelles il faut s'atteler pour réduire la mortalité maternelle (Pathmanathan *et al.* 2003). Il n'en est pas moins un composant essentiel pour avoir un « système de santé fonctionnel et réactif », et des femmes et des communautés en bonne santé.

Références

Adam T, Lim S, Mehta S, Bhutta Z, Fogstad H, Matthews M, Zupan J & Darmstadt G (2005) Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *British Medical Journal* **331**, 1107.

Borghji J, Storeng K & Filippi V (2008). Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 27-52.

Devadasan N, Eliasa MA, Johna D, Grahacharya S & Ralte L (2008) Un nouveau programme de primes conditionnelles en espèces pour les familles pauvres en Inde pour favoriser l'accouchement dans les centres de santé: évaluation du processus. *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 287-306.

Ensor T & Ronoh J (2005) Effective financing of maternal health services: a review of the literature. *Health Policy* **75**, 49-58.

Gwatkin D, Wagstaff A & Yazbeck A (2005) Reaching the poor with health, nutrition and population services: what works, what doesn't and why. World Bank, Washington, D.C.

Gill K, Pande R & Malhotra A (2007) Women deliver for development. *Lancet* **370**, 1347-57.

Graham WJ, Fitzmaurice AC, Bell JS & Cairns JA (2004) The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet* **363**, 23-7.

Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M & Suzuki E (2007) Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* **370**, 1311-9.

Impact (2007) Indonesia: resident midwives help avert maternal deaths when financial barriers are removed - evaluation factsheet, Impact, Aberdeen.

Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha M, Anwar I, Achadi E, Adjei S, Padmanabhan P, Marchal B, De Brouwere V & Van Lerberghe V (2006) Going to scale with professional skilled care. *Lancet* **368**, 1377-86.

Kruk M, Galea S, Prescott M & Freedman L (2007) Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries. *Health Policy and Planning* **22**, 303-10.

Kutzin J (2000) Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health. World Bank, Washington D.C.

Mwabu G, Ainsworth M & Nyamete A (1993) Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: an empirical analysis. World Bank, Washington D.C.

Nanda P (2004) Gender dimensions of user fees: implications for women's utilisation of health care. *Reproductive Health Matters* **10**, 127-34.

Ndiaye P, Kaba S, Kourouma M, Barry AN, Barry A & Criel B (2008) Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement. *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 129-63.

Ouédraogo C, Richard F, Compaoré J, Wissocq C, Pobel D, Ouattara F, Gruénais ME & De Brouwere V (2008) Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Fas. *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 55-89.

Over M, Ellis RP, Huber JH & Solon O (1992) The consequences of adult ill-health: In *The health of adults in the developing world* (eds Feachem R, Kjellstrom T, Murray CI, Over M & Phillips MA), Oxford University Press, New York, pp 161-205.

Pathamanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A, Selvaraju S & Joginder Singh P (2006) Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka. The World Bank, Washington.

Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D & Lobis S (2005) The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **88**, 181-93.

Pooley B, Ramirez M & de Hilari C (2008) La réforme du secteur de la santé en Bolivie: une réponse pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux. *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 223-49.

Por I, Horeman D, Narin S & Van Damme W (2008) Améliorer l'accès des femmes enceintes pauvres aux soins qualifiés à l'accouchement : Etude de cas d'un système de distribution de bons associé à un Fonds d'Equité pour la Santé dans trois districts sanitaires au Cambodge. *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 253-86.

Renaudin P, Abdelkader MO, Abdelaziz SMO, Mujtaba MO, Saleck MO, Vangeenderhuysen C & Prual A (2008) La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 93-125.

Ronsmans C, Holtz S & Stanton C (2006) Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet* **368**, 1516-23.

Safe Motherhood Initiative (2002) <http://www.safemotherhood.org/> (accessed 17/10/2008).

Soors W, Waelkens MP & Criel B (2008) La micro-assurance santé en Afrique sub-saharienne : une opportunité pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence ? *Studies in Health Services Organisation & Policy* **25**, 165-82.

Thaddeus S & Maine D (1994) Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Sciences and Medicine* 38, 1091-110.

UN (2005) Millennium Development Goals, United Nations, New York, <http://www.un.org/millenniumgoals> (accessed 29/09/2008).

UN Millennium Project (2005) *Who's got the power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, UNDP, New-York.

UNFPA (2007) Skilled attendance at birth: fact sheet, UNFPA, Geneva. http://www.unfpa.org/mothers/skilled_att.htm (accessed 20/10/2008).

WHO (2005) World health report 2005: make every mother and child count, WHO, Geneva.

WHO (2006a) Moving towards universal coverage series, maternal, newborn health and poverty. WHO, Geneva. http://www.who.int/reproductive-health/universal_coverage/index.htm (accessed 17/10/2008).

WHO (2006b) Making a difference in countries: strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. WHO Making Pregnancy Safer, Geneva. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/StrategicApproach2006.pdf (accessed 17/10/2008).

WHO (2007) Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank. WHO, Geneva. http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf (accessed 29/09/2008).

Witter S, Mbengue F & Cross S (2008a) Community perspectives on a maternal fee exemption policy in Senegal Submitted to *African Journal of Midwifery and Women's Health*.

Witter S, Armar-Klemesu M & Dieng T (2008b) Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement: comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 25, 185-221.

Witter S, Richard F & De Brouwere V (2008c) Les leçons apprises pour mieux intervenir dans le futur: comment réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 25, 309-40.

World Bank (1993) World Development Report: Investing in health. World Bank, Washington, D.C.

Women Deliver (2007) Unfortunate facts of life. Women Deliver factsheet. [www.womendeliver.org/fact/Unfortunate_Facts_of_Life_factsheet_\(A4\).pdf](http://www.womendeliver.org/fact/Unfortunate_Facts_of_Life_factsheet_(A4).pdf) (accessed 29/09/2008).

Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J & Murray C (2003) Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet*, 362, 111-7.