Studies in Health Services Organisation & Policy,
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere
©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. E-mail : isa@itg.be

Fabienne Richard, Sophie Witter et Vincent De Brouwere, eds.
Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources

D/2008/0450/3
ISBN 9789076070339
ISSN 1370-6462

Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources

Edité par Fabienne Richard, Sophie Witter et Vincent De Brouwere

Studies in Health Services Organisation & Policy, 25, 2008

Table des matières

REMERCIEMENTS 5
PREFACE 7

INTRODUCTION 11

Fabienne Richard, Sophie Witter & Vincent De Brouwere - REDUIRE LES BARRIERES FINANCIERES AUX SOINS OBSTETRICAUX DANS LES PAYS A FAIBLES RESSOURCES : IL EST TEMPS D'AGIR ! 13

CHAPITRE 1 : CONTEXTE 25

Josephine Borghi, Katerini Tagmatarchi Storeng & Véronique Filippi - LES COÛTS DES SOINS OBSTÉTRICAUX ET LEURS CONSÉQUENCES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES POUR LES MÉNAGES 27

CHAPITRE 2: EXPERIENCE DE PARTAGE DES COUTS AU BURKINA FASO 53

Charlemagne Ouédraogo, Fabienne Richard, Juliette Compaoré, Cyril Wissocq, Dominique Pobel Fatoumata Ouattara, Marc-Eric Gruénais & Vincent De Brouwere - PARTAGE DES COÛTS POUR LES URGENCES OBSTÉTRICALES DANS LE DISTRICT SANITAIRE DU SECTEUR 30, OUAGADOUGOU, BURKINA FASO 55

CHAPITRE 3 : LE FORFAIT OBSTETRICAL EN MAURITANIE 91

Philippe Renaudin, Mohamed Ould Abdelkader, Sidi MohamedOuld Abdelaziz,.Mohamed Ould Mujtaba, Mohamed Ould Saleck,Charles Vangeenderhuysen, Alain Prual - LA MUTUALISATION DU RISQUE COMME SOLUTION À L'ACCÈS AUX SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE. EXPÉRIENCE DU FORFAIT OBSTÉTRICAL EN MAURITANIE 93

CHAPITRE 4 : ROLE DE LA MICRO-ASSURANCE SANTE..... 127

Pascal Ndiaye, Séré Kaba, Mamady Kourouma, Aïssatou Noumou Barry, Alhassane Barry & Bart Criel - LES MURIGA EN GUINÉE : UNE EXPÉRIENCE DE MUTUALISATION DES RISQUES LIÉS À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT 129

Werner Soors, Maria-Pia Waelkens & Bart Criel - LA MICRO-ASSURANCE SANTE EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE : UNE OPPORTUNITE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE ?..... 165

CHAPITRE 5 : ABOLITION DE LA TARIFICATION POUR LES USAGERS..... 183

Sophie Witter, Margaret Armar-Klemesu & Thierno Dieng - LES SYSTEMES NATIONAUX D'EXEMPTION DES COUTS LIES A L'ACCOUCHEMENT: COMPARAISON DES EXPERIENCES RECENTES DU GHANA ET DU SENEGAL 185

Bertha Pooley, Marcia Ramirez & Caroline de Hilari - LA REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE EN BOLIVIE: UNE REPONSE POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS OBSTETRICAUX..... 223

CHAPITRE 6: COMMENT PROTEGER LES PLUS PAUVRES ? 251

Por Ir, Dirk Horeman, Souk Narin & Wim Van Damme - 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..... 253

Narayanan Devadasan, Maya Annie Elias, Denny John, Shishir Grahacharya & Lalnuntlangi Ralte - 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..... 287

CHAPITRE 7 : CONCLUSION..... 307

Sophie Witter, Fabienne Richard & Vincent De Brouwere - LES LEÇONS APPRISES POUR MIEUX INTERVENIR DANS LE FUTUR: COMMENT REDUIRE LES BARRIERES FINANCIERES AUX SOINS OBSTETRICAUX DANS LES PAYS A FAIBLES RESSOURCES 309

Remerciements

Nous remercions très sincèrement les auteurs des articles de ce livre. Malgré les contraintes de temps, ils ont pu nous apporter leurs connaissances des systèmes mis en place pour diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux. Pour certaines initiatives très récentes démarrées en 2007, ce sont les premiers résultats publiés. Cela peut expliquer que certaines évaluations ne peuvent fournir que des résultats intermédiaires mais des leçons peuvent déjà être tirées du processus de mise en œuvre.

Chaque article a bénéficié d'une relecture et de commentaires par au moins deux relecteurs. La commission de révision était composée par ordre alphabétique de : Dominique Behague, Josephine Borghi, Bart Criel, Vincent De Brouwere, Narayanan Devadasan, Mathieu Noirhomme, Timothy Powell Jackson, Fabienne Richard, Jean-Marc Thomé, et Sophie Witter.

Nous remercions Rita Verlinden pour son assistance à la rédaction et pour la coordination du processus de production final.

Certains articles de cette édition en français ont été traduits de l'anglais par une équipe de traducteurs composée de : Catherine Bachy, Aurélie Gal Régniez, Dominique Pobel et Serge Rabier. Cet ouvrage est également disponible en version anglaise chez le même éditeur (SHSO&P series, volume n°24) et sous format CD-Rom.

Enfin, nous remercions Equilibres et Populations, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Immpact, Université d'Aberdeen pour leur appui financier qui ont rendu possible la publication de ce livre.

Fabienne Richard, Sophie Witter et Vincent De Brouwere, éditeurs.

Préface

« Nous savons ce qui marche ! » est une des déclarations que l'on entend le plus fréquemment dans les nombreux discours sur la santé maternelle dans les pays en développement. Cette déclaration se base sur des preuves solides en ce qui concerne les interventions cliniques spécifiques et les paquets de soins visant à prévenir la mortalité maternelle, et aussi la mortalité périnatale. Tout comme il est de plus en plus clair que dans beaucoup de pays à faibles ressources, peu de progrès ont été réalisés pour atteindre les deux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) censés tendre vers ce but - à savoir l'OMD 4 et une bonne partie de l'OMD 5, il est également de plus en plus clair que les évidences qui permettent de répondre à la question : « comment mettre en œuvre ce qui marche ? » sont faibles. Cette dernière question - généralement appelée goulot d'étranglement de la mise en œuvre - est désormais considérée comme la nouvelle barrière qui nécessite d'être documentée et d'être levée urgemment. Ce livre aide à relever cette barrière dans le domaine spécifique des obstacles financiers qui empêchent l'accès aux soins obstétricaux de qualité et il le fait au bon moment. Dans la lutte contre ce goulot d'étranglement, réduire les obstacles financiers est essentiel pour permettre aux interventions qui ont fait leurs preuves de marcher. Mais pourquoi se pencher spécifiquement sur les obstacles financiers aux soins obstétricaux ? Pourquoi maintenant ? Et comment ce livre permet-il d'avancer dans ce domaine ?

Il a été démontré que les obstacles financiers affectaient l'utilisation des soins de santé presque partout dans le monde - dans les pays développés et en développement, pour de nombreux groupes de patients, et dans la plupart des domaines touchant les soins curatifs et préventifs. L'abondante littérature sur le sujet, riche de sa diversité d'expériences, en témoigne. Mais il est aussi utile de se focaliser sur les domaines de soins présentant des défis spécifiques, et parfois singuliers. Dans le domaine des soins obstétricaux, les stratégies qui diminuent efficacement les obstacles financiers doivent s'attaquer à l'épineux problème de l'offre et de la demande du système de santé, ainsi qu'à l'épidémiologie spécifique de la grossesse et de l'accouchement. Par exemple, bon nombre de complications obstétricales étant imprévisibles et rapidement fatales, elles représentent un défi majeur

pour les familles, à la fois en terme de préparation pour faire face aux dépenses possibles et en terme de mobilisation rapide de l'argent. De même, la participation financière formelle et informelle relativement élevée demandée pour des interventions obstétricales d'urgence, en particulier pour la chirurgie, contribuent grandement aux dettes liées aux soins de santé et donc à la pauvreté des ménages dans de nombreux pays. Du côté de l'offre, les formations sanitaires ayant les compétences techniques, l'infrastructure, l'équipement et le matériel permettant de prendre correctement en charge des complications obstétricales potentiellement fatales et de prévenir les décès, sont rares et souvent concentrées géographiquement. A leur tour, les inégalités d'accès aux soins obstétricaux reflètent les profondes disparités existantes entre les sous-groupes de populations et les sexes. Toutes ces facettes des soins obstétricaux, et bien d'autres encore, plaident de manière convaincante pour le développement de mécanismes financiers ciblant ce domaine clinique, ainsi que pour le renforcement plus large du système de santé. Les huit études de cas et la synthèse présentées dans ce livre fournissent un éclairage opportun important sur les mécanismes alternatifs développés dans différents systèmes de santé.

A ce moment précis de l'histoire, il est essentiel de tirer les leçons des expériences réalisées dans les autres pays. Nous venons de dépasser la moitié du terme de 15 ans fixé pour atteindre les OMD. Récemment, le 25 septembre 2008, l'Assemblée générale de Nations Unies a présenté un rapport d'analyse des progrès réalisés où il est reconnu pour la première fois de manière explicite que l'OMD 5 est l'objectif le plus 'à la traine'. Des initiatives, telles que le Partenariat International pour la Santé, associées aux nouveaux appels de la Campagne Mondiale pour les Objectifs de Santé du Millénaire pour le Développement, ont pour but de mobiliser des moyens financiers supplémentaires et d'assurer une meilleure utilisation des ressources budgétaires et humaines existantes dans les pays à faibles ressources. Le but ultime est de renforcer les systèmes de santé, fondement essentiel de la qualité des services obstétricaux, et d'améliorer l'équité dans l'accès aux soins. Toutes sortes de mécanismes de financement innovants sont proposées pour s'attaquer au manque de ressources et soutenir un système de santé équitable. Ils peuvent prendre la forme d'un Service de Contribution Volontaire, du financement sur base de résultats ou de partenariats privé-public pour atteindre les populations mal desservies. Certaines de ces méthodes sont proposées sur base d'un nombre assez limité

d'expériences à grande échelle. Il est donc indispensable de mettre en place des systèmes de monitoring et d'évaluation solides afin de suivre les progrès réalisés, mais également afin de détecter les effets pervers. Ce scénario où « le bateau est construit alors qu'il vogue » - où l'on applique une méthode reconnue jusqu'alors comme étant la meilleure, tout en cherchant à renforcer les éléments qui le prouvent, est très familier pour ceux qui travaillent à diminuer la mortalité maternelle. Fondamentalement, tout dépend de la volonté de ceux qui réalisent des initiatives innovantes de les faire évaluer de manière transparente et indépendante, et de partager ouvertement les enseignements qu'ils en tirent, que ceux-ci soient positifs ou négatifs.

Ce livre fournit un exemple clair de la puissance et des bénéfices que l'on peut tirer du partage d'expériences. Ensemble, les huit études de cas mettent en lumière nombre de défis à relever lorsqu'on conduit des évaluations sur le terrain, où les interventions et les contextes d'implantation ne sont pas statiques, et lorsqu'on essaye de tirer des conclusions pertinentes et généralisables. Néanmoins, les différents contextes des systèmes de santé présentés dans les études de cas révèlent des points d'attention communs, tels que la nécessité d'aborder les obstacles financiers en même temps que d'autres obstacles pour parvenir à offrir en temps voulu des soins efficaces et équitables. Ce riche éventail d'expériences permet au livre de toucher une grande audience - décideurs politiques, responsables de programmes ou de services, conseillers techniques et chercheurs, professionnels de différentes disciplines. Ce livre permet de mieux prendre conscience de la multiplicité des perspectives qu'il faut appréhender pour comprendre comment certaines femmes peuvent avoir, et ont accès aux soins obstétricaux et ainsi permettre à toutes les femmes d'user de ce droit humain fondamental.

Professeur Wendy J Graham
Chercheur principal, Immpact
Université d'Aberdeen, Royaume-Uni

Novembre 2008

Introduction

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

Fabienne Richard[1], Sophie Witter[2] & 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] Immpact, 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 dissuadaient 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.

Borghi 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.

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

Chapitre 1 : Contexte

Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages

Josephine Borghi[1], Katerini Tagmatarchi Storeng[2] & Véronique Filippi[3]

Résumé

L'accouchement peut être un processus coûteux pour les ménages dans les pays où les modalités de financement des soins sont fragmentées et n'assurent pas une couverture universelle. Recourir aux soins obstétricaux engendre des dépenses immédiates mais peut aussi avoir des répercussions économiques et sociales à plus long terme, liées au remboursement de dettes et a de possibles séquelles des complications obstétricales. Ce chapitre passe en revue les informations disponibles sur le coût des soins obstétricaux pour les ménages. Il vise à démontrer à la fois à quel point ces coûts limitent l'accès aux structures de soins pour certains groupes, et l'impact des dépenses sur l'économie des ménages de ceux qui atteignent les structures de soins. Ce chapitre souligne également l'impact des dépenses de soins sur la santé de la femme et sur le bien-être social et économique des ménages.

Les soins obstétricaux dans les hôpitaux se sont révélés très coûteux. Les frais de transport, les coûts non officiels et le coût en temps s'additionnent aux coûts officiels, résultant en dépenses et en dettes catastrophiques, surtout en cas de complications. Il est essentiel de trouver une source de protection financière pour les femmes pauvres, car ce sont les premières à supporter les conséquences des dépenses de soins, et les plus susceptibles d'être dissuadées de chercher des soins. Parallèlement aux efforts de santé publique pour améliorer la réponse clinique, il faut s'intéresser au problème

[1] BA, MSc, PhD. Health Policy Unit, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Email: jo.borghi@lshtm.ac.uk (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

[2] BA, MSc. Infectious Disease and Epidemiology Unit, Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

[3] PhD. Infectious Disease and Epidemiology Unit, Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

du travail des femmes et de la pauvreté, que ce soit en les aidant à planifier leur accouchement, en proposant des soins obstétricaux d'urgence gratuits ou moins coûteux, ou en ciblant les femmes pauvres à travers des exonérations ou des transferts de fonds autour de la période de l'accouchement. Une plus grande participation du gouvernement dans le financement des soins obstétricaux contribuerait à réduire leur impact sur l'économie des ménages et serait donc susceptible d'augmenter la proportion d'accouchements réalisés en présence de personnel qualifié.

Mots-clés: coûts pour les ménages, capacité de payer, accès, accouchement, inégalités, conséquences.

Introduction

Lorsqu'elle ne se complique pas, la grossesse devrait être un processus naturel et simple qui aboutit à l'accouchement, et nécessite peu d'intervention extérieure. Toutefois, dans la pratique, puisque l'issue de la naissance est imprévisible, il est recommandé que l'accouchement se fasse en présence de personnel qualifié et apte à prendre correctement en charge les complications si elles surviennent. Et ce, que ce soit à l'intérieur même, où à une distance acceptable d'une structure de soins (Campbell *et al.* 2006).

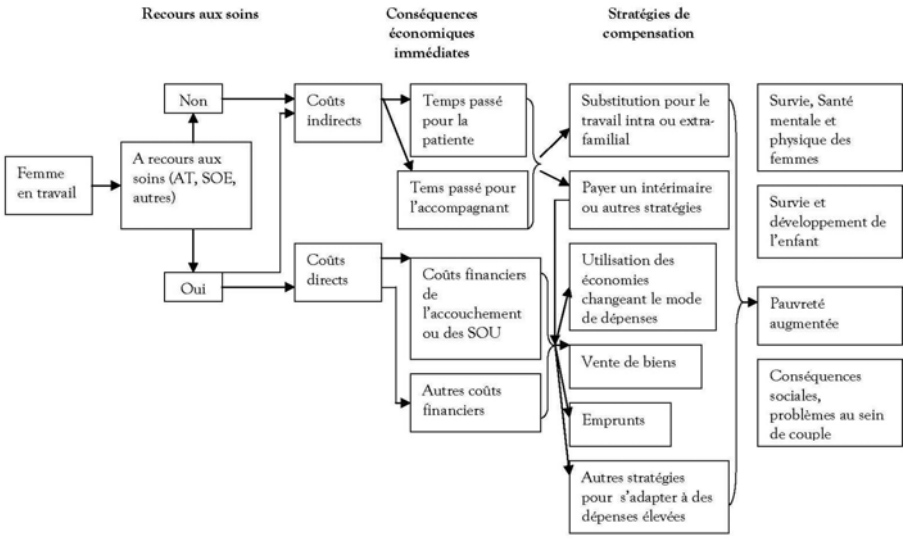
En effet, l'incertitude sur l'issue de la naissance engendre une incertitude sur les besoins d'intervention, qui peuvent aller d'un appui faible pour une grossesse normale à un appui intense en cas d'intervention chirurgicale due à des complications. Cette incertitude sur les besoins d'intervention induit une incertitude sur les ressources nécessaires et sur leur coût qui a, elle, des répercussions sur l'offre et le financement des soins obstétricaux.

Dans la plupart des pays à revenu élevé, le système de financement de la santé assure une couverture de soins universelle, que ce soit via les impôts ou via une assurance sociale en matière de santé, évitant ainsi aux ménages de payer de leur poche les soins quand ils en ont besoin. Dans les pays à faibles ressources, les ressources gouvernementales étant limitées, les ménages contribuent souvent directement au financement de la santé en payant les soins au moment et à l'endroit où ils sont reçus (système de tarification des prestations à la charge des utilisateurs). La grossesse et l'accouchement ne font généralement pas exception à cette règle puisque les ménages

supportent un pourcentage variable du coût réel des soins, en plus du coût du trajet pour atteindre le service de santé (Borghi *et al.* 2006).

Ces dépenses peuvent avoir des conséquences importantes, et potentiellement à long terme, sur les femmes et leurs familles (Goudge *et al.* 2007). La Figure 1 donne un aperçu des conséquences économiques et sociales des dépenses de soins.

Figure 1. Organigramme des conséquences économiques de l'accouchement et leurs effets sur la santé et les relations sociales (adapté de McIntyre *et al.* 2006)



Même lorsqu'il n'y a pas de complication, le coût des soins obstétricaux va dissuader les femmes d'obtenir les soins de personnel qualifié dans une structure de santé, en particulier si elles sont pauvres et vivent dans des zones reculées (Ensor & Cooper 2004). En cas de complication, le coût des soins obstétricaux peut amener les ménages pauvres à s'enfoncer dans les difficultés économiques et à s'appauvrir davantage (Borghi *et al.* 2006). Ne pas obtenir les soins appropriés en temps voulu peut également conduire à la mort ou engendrer un handicap grave chez la femme, le fœtus ou le nouveau-né, ou même chez les deux. Le coût des soins obstétricaux a, dès lors, des implications sur la survie et le bien-être des femmes et des nouveau-nés, ainsi que sur l'économie des ménages.

Les dépenses de soins obstétricaux ont aussi une dimension sociale importante. Les normes sociales qui entourent le paiement des soins relatifs à la grossesse varient selon les contextes. Dans beaucoup de régions à faibles revenus, les femmes contrôlent peu les ressources financières du ménage, ou y accèdent difficilement, et doivent compter sur les hommes pour payer leurs soins obstétricaux. Ce manque d'autonomie financière peut être très anxiogène pour les femmes qui ont besoin de soins, et peut engendrer des tensions sociales, des conflits et même mettre le mariage en péril lorsque des interventions coûteuses telles que la césarienne s'avèrent nécessaires (Gruénais & Ouattara 2006; Storeng *et al.* 2008).

Au cours de ces dernières années, plusieurs études ont cherché à quantifier les dépenses de soins obstétricaux et à mesurer si ces soins étaient abordables pour les ménages. On porte aujourd'hui un intérêt croissant à l'étude des conséquences économiques, sociales et sanitaires d'un accouchement compliqué pour les ménages.

Ce chapitre passe en revue quelques exemples tirés de la littérature illustrant l'étendue et l'impact du coût des soins obstétricaux pour les ménages dans différents contextes. En outre, il vise à démontrer à quel point ces coûts limitent l'accès aux structures de soins pour certains groupes, et à illustrer par ailleurs l'impact de dépenses éventuelles sur l'économie des ménages pour ceux qui atteignent les structures de soins. Ce chapitre souligne également l'impact des dépenses de soins obstétricaux sur la santé de la femme et leurs conséquences sociales pour les ménages.

Ce chapitre met particulièrement l'accent sur l'impact des coûts encourus lors de l'accouchement, étant donné que c'est l'événement le plus coûteux de la période allant de la grossesse à l'accouchement. Bien que les coûts supportés par les ménages en cas d'interruption de grossesse soient clairement importants (Walker *et al.* 2007), ils ne seront pas considérés explicitement ici faute de preuves tangibles.

Méthodes

Afin d'identifier les études réalisées sur les coûts et l'accessibilité des soins, une recherche a été réalisée sur PubMed. Les termes [cost] AND [delivery OR maternal OR obstetric] ont été utilisés. Seules les études réalisées en Afrique et en Asie du Sud ont été sélectionnées. Les études publiées ou non publiées mais connues des auteurs ont été incluses. Les études sur l'impact

des différentes méthodes de financement sur l'accès aux soins obstétricaux ont été obtenues à partir d'une revue de littérature existante (Borghi & Lissner 2004). La base de données illustrant les conséquences sociales de l'accouchement a été compilée à partir de travaux antérieurs auxquels deux des auteurs avaient participé.

Coût des soins obstétricaux pour les ménages

Le coût de l'accouchement est largement déterminé par le lieu, le type d'accouchement et l'étendue des complications. Le coût total dépasse généralement le montant des frais médicaux associés aux soins, car il comprend le transport (si l'accouchement a lieu dans un établissement de soins), le coût en temps, ainsi que les paiements non officiels associés aux soins. Il peut également inclure le coût du transfert du nouveau-né vers un service adapté en cas de complications néonatales après l'accouchement. Le Tableau 1 donne une grille d'analyse du coût des soins en fonction du lieu d'accouchement.

Tableau 1. Classification des coûts pour le ménage en fonction du lieu d'accouchement

Type de coût	**Accouchement dans une structure de soins**	**Accouchement à domicile**
Tarification des prestations dans les formations sanitaires	Enregistrement, frais d'accouchement, frais d'hospitalisation, tests de laboratoire, blanchisserie, nourriture, médicaments et consommables pour la mère et pour l'enfant. Frais de chirurgie en cas de complications.	Ne s'applique pas
Frais supplémentaires	Cadeaux distribués au personnel, médicaments et autres achats faits par la patiente, nourriture et matériel de toilette amenés par la patiente.	Cadeau pour l'accoucheuse, médicaments, nourriture, matériel de toilette et kit d'accouchement le cas échéant
Frais de transport	Depuis et jusqu'à la structure de soins pour la mère et le nouveau-né.	Ne s'applique pas

Coût d'opportunité en temps	Prise en compte du temps des personnes qui accompagnent la femme dans la formation sanitaire	Estimé à zéro puisque l'accompagnant peut généralement continuer ses autres activités.

Source: Borghi *et al.* (2006b).

Les données disponibles sur les coûts supportés par les ménages lors d'un accouchement en milieu hospitalier ont été rassemblées (Tableau 2). Nous avons fait la distinction entre un accouchement normal et un accouchement compliqué et entre les dépenses liées à un accouchement en institution, les frais de transport pour atteindre la structure de soins et le coût d'opportunité en temps des accompagnants.

Tableau 2. Dépenses des ménages (moyenne) en Dollars US (2006) pour un accouchement dans un hôpital gouvernemental

Pays (année des coûts)	Type de structure	Système de financement	Source	Accouchement normal				Complications liées à l'accouchement			
				Coûts du transport	Médicaments	Autres frais dans la structure	Coût total	Coûts du transport	Médicaments	Autres frais dans la structure	Coût total
Bénin (2002)	1 hôpital universitaire urbain	Taxe générale + tarification officielle et non officielle	Borghi *et al.* 2003	1,88	21,12	25,93	49,16	2,23	53,26	179,03	246,37
Ghana (2002)	1 hôpital universitaire urbain	Taxe générale + tarification officielle et non officielle		2,35	9,27	15,13	27,92	3,75	66,64	70,98	154,39
Ghana (2004)	Structure de soins non précisée		Asante *et al.* (2007)	-	-	16,88	42,09	-	-	155,02	195,00
Tanzanie (1997)	1 hôpital urbain	Taxe générale, exemptions officielles pour la santé maternelle et infantile	Kowalski *et al.* 2002	6,98**	3,86		10,84	6,98**	4,86	2,49	14,33
Bangladesh (2002)	1 hôpital rural	Taxe générale + tarification officielle et non officielle	Borghi *et al.* 2006a	-	-	-	-	2,54	141,24	37,64	181,42
Bangladesh (2001)	2 hôpitaux ruraux		Afsana 2004	9,87	7,90	13,81	31,58	39,46	197,32	157,86	394,66
Bangladesh (1995)	4 hôpitaux ruraux		Nahar & Costello, 1998	8,57	16,28	17,20	42,05	25,71	84,83	44,36	154,90
Bangladesh (1994)	1 hôpital universitaire urbain		Khan 2005	40,20	24,82	20,24	85,26	59,94	85,91	34,71	180,56

Népal (2003)	8 hôpitaux ruraux	Taxe générale + tarification officielle	Borghi *et al.* 2006b	37,22	26,90		64,12	37,22	92,24		129,46
Burkina Faso (1995)*	12 hôpitaux de référence	Taxe générale + tarification officielle	Sondo *et al.* 1997	-	-	-	-	24,23	37,69	20,20	82,11
Pakistan (1994 Roupies pakista-naises)	3 hôpitaux urbains	Taxe générale + frais nominatifs dans la structure, paiements non officiels pour les médicaments et le petit matériel médical	Kadir *et al.* 2000	-	4,07-7,49	7,22-13,36	11,29-20,84	-	48,00	24,75	72,75

* Taux de change estimé à 490 FCFA pour 1 Dollar US en 1995
**Un seul accompagnant estimé

La plupart des études identifiées ont été réalisées en Asie du Sud, principalement au Bangladesh (n = 4) (Nahar & Costello 1998; Khan 2005; Afsana 2004; Borghi *et al.* 2006a). D'autres proviennent d'Afrique de l'Ouest (n = 3) (Borghi *et al.* 2003; Sondo *et al.* 1997; Asante *et al.* 2007) et une étude vient d'Afrique de l'Est (n = 1) (Kowaleski *et al.* 2002). Toutes les études ont porté sur le coût des accouchements dans les structures de soins. Trois études ont également examiné le coût des soins pour un accouchement à domicile (Borghi *et al.* 2006a; Borghi *et al.* 2006b; Asante *et al.* 2007).

Les méthodes utilisées pour évaluer les coûts varient en fonction des études. La plupart des études font un suivi des femmes et notent au fur et à mesure,les dépenses faites au cours de leur séjour à l'hôpital. C'est la méthode d'estimation des coûts la plus fiable (Kadir *et al.* 2000; Borghi *et al.* 2003; Afsana 2004; Khan 2005; Nahar & Costello 1998; Sondo *et al.* 1997). Elle a l'avantage de permettre une comparaison des dépenses rapportées avec les factures hospitalières, ainsi que d'identifier et de parler avec toutes les personnes impliquées dans les paiements. Les autres études sont des enquêtes rétrospectives auprès des ménages. Cette méthode engendre un risque d'erreur de rappel. Ce risque augmente à mesure que le délai entre l'accouchement et l'entretien s'allonge, car la mémoire a ses limites et la probabilité que toutes les personnes impliquées dans l'accouchement soient présentes au moment de l'entrevue diminue avec le temps. Toutefois, la validation des coûts déclarés par les factures hospitalières permet de réduire

l'impact de ce biais de rappel (Borghi *et al.* 2006a).

Les systèmes de financement de la santé varient selon les lieux. Dans la plupart des endroits, un tarif officiel est d'application. Des paiements non officiels ont été enregistrés au Bangladesh et un système d'exemption pour les soins de santé maternelle et infantile vise à minimiser ces dépenses de soins des ménages en Tanzanie.

Le coût calculé d'un accouchement normal en milieu hospitalier varie entre 3,86 $ en Tanzanie (Kowaleski *et al.* 2002) et 47,28 $ au Bénin (Borghi *et al.* 2003). Les médicaments représentent le poste de dépenses le plus important, équivalant en moyenne à 43% du total du coût des soins. Cette proportion va de 35% au Pakistan (Kadir *et al.* 2000) à 55% au Bangladesh (Khan 2005).

Le coût d'un accouchement compliqué se situe entre 7,35 $ en Tanzanie (Kowaleski *et al.* 2002) et 355,20 $ au Bangladesh (Afsana 2004). Les médicaments représentent, dans ce cas, une partie encore plus grande du coût total des soins, avec une moyenne à 59%. Cette proportion va de 22% au Bénin (Borghi *et al.* 2003) à 71% au Bangladesh (Khan 2005).

Le coût d'un accouchement compliqué est en moyenne 6 fois supérieur à celui d'un accouchement normal. Le facteur de multiplication varie de 2 (Kowaleski *et al.* 2002) à 16 (Afsana 2004) en fonction de la méthode de financement des soins, du type de cas et du type de soins dispensés. Le système d'exemption en place en Tanzanie permet de réduire la différence de coût entre l'accouchement normal et l'accouchement compliqué et protège, de ce fait, les ménages de l'incertitude liée aux ressources nécessaires pour obtenir les soins appropriés.

Suite aux problèmes d'approvisionnement des structures de soins, les femmes sont souvent obligées d'acheter elles-mêmes les médicaments et le petit matériel médical tels que les solutions de stérilisation, les draps de lit, la gaze, les gants et les serviettes hygiéniques. Ces frais, qui s'ajoutent aux tarifs officiels demandés, peuvent retarder l'obtention des soins nécessaires et gonfler de manière significative le coût (Sondo *et al.* 1997; Borghi *et al.* 2003; Kowaleski *et al.* 2002).

En outre, pour pallier au coût, à la mauvaise qualité (Khan 2005; Borghi *et al.* 2006a; Borghi *et al.* 2006b) ou à l'éventuelle absence de nourriture dans la structure sanitaire (Afsana 2004), les parents amènent souvent à manger à leurs patients.

Des « cadeaux » non officiels ou pourboires peuvent aussi être donnés au personnel, que ce soit parce que les patientes et leurs familles sont satisfaites des soins reçus (Belli *et al.* 2004), ou à cause de la corruption. Par exemple, au Bangladesh les ayahs (aides-soignantes) exigent parfois d'être payées pour des services de routine tels que pousser le brancard jusqu'à ou depuis la salle de travail/d'opération, raser la patiente avant l'accouchement/la chirurgie, administrer un lavement ou nettoyer la chambre après l'accouchement (Khan 2005; Afsana 2004). Il a aussi été observé que des factures de soins étaient gonflées par le personnel de santé, et que les bénéfices engendrés étaient partagés entre les membres du personnel responsables des soins (Afsana 2004). Il existe beaucoup moins de preuves de l'existence de telles pratiques dans d'autres endroits.

Le coût d'un accouchement à domicile n'a été mesuré que dans trois études (Asante *et al.* 2007; Borghi *et al.* 2006a; Borghi *et al.* 2006b). Lorsqu'il est assisté par une sage-femme, l'accouchement normal à domicile a un coût semblable à celui d'un accouchement en milieu hospitalier. Ce coût diminue de manière significative lorsque l'accouchement est fait en présence d'une accoucheuse traditionnelle. Ces trois études ont montré que bien que le statut économique n'influence pas de manière significative les montants payés pour un accouchement normal en milieu hospitalier, les familles pauvres avaient déboursé significativement moins que les familles les plus aisées pour un accouchement à domicile réalisé par une accoucheuse traditionnelle. A domicile, les familles avaient un contrôle plus grand sur la nature du traitement donné et du montant dépensé (Borghi *et al.* 2006a; Borghi *et al.* 2006b). L'étude menée par Asante *et al.* (2007) n'a pas étudié le coût en fonction du statut économique, mais a montré que si aucune complication ne survient, accoucher à domicile en présence d'une accoucheuse traditionnelle était environ deux fois moins coûteux que d'accoucher dans une structure de soins. Au Bangladesh, Moran *et al.* (2007) ont également rapporté que les soins à domicile étaient beaucoup moins chers (1 $US) que les soins dans les structures de soins (11 $US), et que les ménages préféraient l'automédication car ils pouvaient choisir de n'acheter qu'une partie des médicaments et réduire ainsi la charge financière de l'accouchement.

A travers les frais de transport et le temps passé loin de l'activité productive, la distance jusqu'à la structure de soins grossit la charge

financière supportée par les ménages (Kowalewski *et al.* 2002). Le coût du transport varie entre 1,88 $US (Borghi *et al.* 2003) et 40,2 $US (Khan 2005) pour un accouchement normal, et de 2,23 à 59,94 $US pour un accouchement compliqué (ibid.). L'élévation du coût en cas de complication reflète la distance supplémentaire pour atteindre la structure de référence. Dans les zones géographiques difficiles d'accès, le coût du transport peut être particulièrement important, comme au Népal, où le transport représente plus de 50% du coût d'un accouchement normal, et 25% du coût d'un accouchement compliqué (Borghi *et al.* 2006b). Dans les endroits où la tarification des soins est nulle ou minime pour les patients, le coût du transport représente une plus grande proportion du total, et dissuade les ménages géographiquement éloignés de recourir aux soins. Par exemple, en Tanzanie, où un système d'exemption pour les soins de santé maternelle et infantile est en vigueur, les soins ne représentent que 6% du coût total d'un accouchement normal, et 1% d'un accouchement chirurgical, alors que le transport représente près de la moitié du total des dépenses (Kowalewski *et al.* 2002).

Les femmes qui se rendent dans une structure de soins pour accoucher sont généralement accompagnées par un membre de la famille ou par un voisin, qui participe aussi parfois activement aux soins (Behague *et al.* 2008). Au Népal, les femmes sont habituellement accompagnées par plus d'une personne, le plus souvent par leur mari (67%), par un voisin (49%), par leur belle-mère (40%) ou par leur propre mère (15%) (Borghi *et al.* 2006b). Cinquante-cinq pour cent des ménages ont rapporté une perte de revenu pour la ou les personnes accompagnant la parturiente (ibid.). Il est donc vraisemblable que le coût d'opportunité en temps de l'accompagnant joue un rôle dans le processus décisionnel menant à la recherche de soins.

Cet exemple, relaté par une femme vivant en milieu rural au Bangladesh, illustre la manière dont les réticences d'un homme à renoncer à du temps « productif » ont retardé l'obtention de soins:

> *Ils disent à leurs épouses de laisser faire [d'ignorer la maladie], car elle est déjà là et le travail familial continue ainsi à être fait. Finalement, lorsque la femme n'est plus capable de travailler ou de pourvoir aux besoins [sexuels] de son mari, elle est parfois traitée. Ou bien elle est envoyée chez ses propres parents.* (Shuler *et al.* 2002: 198).

Quelques études se sont penchées sur le coût du temps des

accompagnants, en prenant en compte le trajet jusqu'à la structure de santé et le temps passé à l'hôpital (Tableau 3). Les pertes de revenus des accompagnants étaient significativement plus élevées dans le cas d'un accouchement compliqué (4,13 $US (Borghi *et al.* 2006b) à 78,5 $US (Kowaleski *et al.* 2002)) que dans le cas d'un accouchement normal (1,1 $US (Borghi *et al.* 2003) à 10,2 $US (Kowaleski *et al.* 2002)). En cas de complication, le coût d'opportunité en temps des accompagnants est souvent gonflé par la plus grande distance à parcourir pour obtenir des soins appropriés et par le séjour prolongé à l'hôpital.

Tableau 3. Coût d'opportunité du temps passé par les accompagnants en dollars US (2006) lors d'un accouchement en milieu hospitalier (incluant le temps de transport et le temps de séjour)

Pays	Source	Accouchement normal			Accouchement compliqué		
		DMS* en jours	Coût d'opportunité du temps	Commentaires	DMS* en jours	Coût d'opportunité du temps	Commentaires
Ghana	(Borghi *et al.* 2003)	1,2	1,1 (4% du total)	Visite de 2 accompagnants pour une durée de 2 heures chacun	10	6,2 (5% du total)	Visite de 2 accompagnants pour une durée de 2 heures chacun
Tanzanie	(Kowaleski *et al.* 2002)	1,1	10,2		8,3	78,5	
Bangladesh	(Borghi *et al.* 2006a)	0,17	1,48	3 accompagnants	0,42	4,13	3 accompagnants
Népal	(Borghi *et al.* 2006b)	1,8	7,07	Généralement plus d'une personne, le plus souvent le mari	5	23,87	Généralement plus d'une personne, le plus souvent le mari

*DMS: Durée Moyenne de Séjour

Caractère abordable des soins obstétricaux

Le fait que les femmes et leurs familles payent les soins ne signifie pas qu'ils sont abordables. Les paiements à eux seuls ne donnent pas d'information sur l'impact du coût sur l'économie des ménages.

Afin d'examiner l'impact économique des dépenses de santé, il est usuel de les comparer aux revenus des ménages. Les dépenses de santé sont souvent appelées «catastrophiques» si elles dépassent un seuil critique des revenus. Certains auteurs considèrent que lorsque les coûts sont supérieurs à

10% des revenus, ils sont déjà catastrophiques (Ranson 2002).

Dans les pays à faibles ressources, il est très difficile de quantifier les revenus des ménages, surtout si ceux-ci travaillent dans le secteur informel et sont tributaires de revenus autres que financiers. Par conséquent, peu d'études ont évalué l'impact du coût des soins obstétricaux sur les revenus des ménages. Le PIB par habitant peut être utilisé pour évaluer de manière très grossière les revenus individuels. Cette mesure a ses limites, par ailleurs bien connues, mais donne malgré tout une indication de la relative accessibilité financière des soins.

En utilisant ce seuil, le coût des soins pour un accouchement normal représente environ 10% du PIB, à l'exception du Burkina Faso, 5,1% (Storeng *et al.* 2008) et de la Tanzanie, 3% (Kowaleski *et al.* 2002). Le coût d'un accouchement compliqué varie, lui, d'un minimum de 11% du PIB annuel par habitant au Bénin à plus de 100% au Bangladesh (en excluant à nouveau la Tanzanie) (ibid.).

Ces estimations suggèrent que les soins lors de l'accouchement sont inabordables, mais on appréhende plus pleinement l'accessibilité financière des soins si on prend en compte la capacité des ménages à accéder à des fonds ainsi que l'impact des dépenses sur leurs besoins minimums de consommation, leurs biens et leurs dettes (Russell 2004).

Parce que leur trésorerie est fluctuante et souvent saisonnière, les ménages ruraux qui dépendent de l'agriculture pour subsister sont souvent incapables d'obtenir assez d'argent en espèce au moment où ils en ont besoin. Ceci constituerait un obstacle majeur pour le paiement des soins de santé de 40% à 50% des ménages en Afrique de l'Ouest (Soucat *et al.* 1997). Toutefois, cette difficulté à obtenir assez de ressources pour payer les soins ne se limite pas aux ménages ruraux. Dans les zones urbaines du Bangladesh, 51% des familles n'avaient pas eu assez d'argent pour payer l'accouchement normal et 74% n'avaient pas eu assez d'argent pour payer la césarienne. Ils avaient donc dû emprunter de l'argent à un prêteur sur gage ou à un parent (Nahar & Costello 1998). L'impact économique des dépenses pour les soins obstétricaux d'urgence est généralement particulièrement aigu. Au Burkina Faso, les femmes hospitalisées pour des complications de grossesse potentiellement létales avaient plus fréquemment déclaré avoir dépensé leur épargne, emprunté de l'argent ou vendu leurs biens que les femmes qui avaient eu un accouchement sans complications dans les mêmes hôpitaux (Storeng *et al.* 2008). Dans une autre étude au Burkina Faso, seules 51% des

personnes qui avaient nécessité un transfert vers une structure de référence avaient disposé de suffisamment d'argent pour le payer (Sondo *et al.* 1997).

Trouver l'argent pour payer pour le transport et les soins prend du temps et retarde l'accès au traitement, ce qui aggrave la morbidité maternelle et néonatale et augmente les risques de décès pour la mère et l'enfant (Gohou *et al.* 2004; PMMN 1995).

Bien que des systèmes d'exemption pour protéger les patients pauvres existent parfois dans les structures de santé, ils ne sont pas toujours appliqués. Au Burkina Faso, ceux qui répondent aux critères d'exemption n'y accèdent souvent pas, et ce à cause de retards administratifs ou de problèmes pratiques liés à l'application de la politique (Storeng *et al.* 2008). Dans de nombreux contextes, les contraintes structurelles pour accéder aux mécanismes de protection sont aggravées par la stigmatisation sociale associée au fait d'être « étiqueté » comme pauvre, et par la crainte des patients de recevoir des soins de moindre qualité une fois qu'ils auront été identifiés comme incapables de payer.

Les familles pauvres sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'emprunter de l'argent. Ce sont aussi elles qui auront les plus grandes difficultés à rembourser. Par exemple, au Népal, soixante pour cent des familles appartenant au quintile de revenus le plus élevé ont été en mesure de payer les soins obstétricaux avec leur capital. Dans le quintile de revenu le plus bas, seulement 32% ont pu couvrir les coûts avec leur capital existant (Borghi *et al.* 2006a). Au Bangladesh, les ménages ruraux, moins en mesure de générer des revenus à partir des ressources existantes, ont emprunté presque le double des ménages urbains (Khan 2005).

Pour les ménages n'ayant pas d'épargne ou d'accès aux autres modes de financement, les dons de parents ou de membres d'un réseau social plus étendu peuvent contribuer au paiement des soins. Au Népal, la principale source d'emprunt est un ami/parent (59%), suivie par un prêteur sur gage (31%) à des taux d'intérêt parfois supérieurs à 20% (Borghi *et al.* 2006b). Les familles qui ont des réseaux sociaux plus limités sont plus dépendantes des bailleurs de fonds. Au Bangladesh, 25% des ménages ont emprunté de l'argent à des bailleurs de fonds pour payer les soins, avec des taux d'intérêts variant de 5 à 30% par mois (Khan 2005). Le processus de recherche de fonds et la diversité des sources concernées est mise en évidence par une jeune femme au Burkina Faso:

Mon père a demandé une partie à la mosquée, et ma mère a en a aussi demandé et puis nous avons ajouté nos 5.000F [d'épargne]. Nous ne les avons pas remboursés... ma mère a obtenu 1.000 F d'une personne et 1.000 d'une autre, et 1.500 d'encore une autre. Nous avions eu un peu de maïs que nous avons vendu. J'avais trois pagnes et je les ai vendus. Nous avons tout mis ensemble et avions 15.000 F, que nous sommes allés donner [à l'hôpital]. (Storeng et al. 2008: 551)

Si, en principe, la grossesse est une période suffisamment longue pour permettre aux ménages d'économiser, dans la pratique, nombre d'entre eux sont réticents à cette idée car ils supposent que la naissance sera sans complication et pourra se faire à domicile, ce qui limite le besoin d'argent. Les ménages peuvent également être réticents à l'idée d'épargner s'ils n'ont pas confiance dans l'agence qui gère les fonds (Sondo *et al.* 1997).

Le coût des soins obstétricaux, obstacle à l'accès aux structures de soins

Le coût potentiellement élevé des soins obstétricaux les rendent inabordables pour de nombreux ménages. Par conséquent, en l'absence de complications graves, ce coût représente un obstacle important à la demande de soins lors de l'accouchement, en particulier pour les pauvres et les personnes isolées géographiquement (Koblinsky *et al.* 2006). Bien que le tarif en vigueur dans les établissements ne constitue qu'une composante du coût total, certaines études ont explicitement évalué son impact sur la demande de soins.

L'évaluation du taux d'accouchements avant et après l'introduction de la tarification des prestations à la charge des utilisateurs montre dans la plupart des cas une réduction du nombre d'accouchements dans les structures de soins (OWA *et al.* 1992; OWA *et al.* 1995; Mbugua & Segall 1995; Taylor *et al.* 1993). Au Nigéria, le nombre d'accouchements a chuté de 46 à 50% suite à l'introduction de la tarification des prestations dans un hôpital (1983-1988) (OWA *et al.* 1992; OWA *et al.* 1995). Pendant la même période, la proportion d'accouchements sans préinscription à l'hôpital a également augmenté, ce qui suggère que les femmes ne planifiaient pas d'accoucher à l'hôpital et ne s'y rendaient que lorsque des complications survenaient (ibid). Une réduction de 12% des admissions dans les maternités a été observée au Kenya (le système de tarifications des soins a été arrêté un

an après son introduction) (Mbugua & Segall, 1995) et à Harare, au Zimbabwe, les accouchements dans un centre de santé ont diminué de 19% entre 1981 et 1988 suite à l'introduction d'un système de tarification des prestations (Taylor *et al.* 1993). De manière similaire, au Rwanda, l'utilisation des services offerts par les centres de santé ont baissé de 0,3 consultations curatives (incluant les accouchements) par habitant en 1997 à 0,25 en 1999 (Schneider *et al.* 2006). La Bolivie a connu une augmentation spectaculaire de la demande de soins prénatals et de soins aux parturientes lorsque le système de tarification des prestations a été supprimé suite à la mise en place du régime d'assurance sociale (Dmytraczenko *et al.* 1998).

Au Bangladesh, Afsana (2004) a montré que le coût élevé des soins démotivait les femmes de recourir aux soins hospitaliers. L'auteur illustre son propos par l'exemple de Shaheron qui, lorsque référée à l'hôpital pour une pré-éclampsie, a refusé d'y aller en s'exclamant:

> *Si je dois mourir, je mourrai ici. Je ne veux pas vendre ma maison et dormir avec ma famille dans la rue.* (Afsana 2004, p 177)

Toutefois, dans une structure sanitaire de troisième niveau au Cambodge, la moyenne mensuelle du nombre d'accouchements a augmenté suite à l'introduction d'un système de tarification des prestations - de 319 avant l'introduction de la tarification à 585 accouchements par mois après (Akashi *et al.* 2004). La nouvelle tarification était en fait inférieure à la tarification non officielle qui était en vigueur auparavant, mais les recettes générées étaient allouées au salaire du personnel. Au cours de la même période, un système d'exemption a également été institué, et de 4 à 7% des patientes ont été dispensées de paiement (Akashi *et al.* 2004). Dans les zones où une tarification non officielle existe, instituer un système de tarification formel peut être bénéfique, surtout si les exemptions sont bien ciblées (Ensor et Ronoh, 2005). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'introduction d'un système de tarification des prestations n'a eu aucune incidence sur la proportion d'accouchements réalisés dans les structures sanitaires (Benjamin & Purai 2001).

Les éléments disponibles indiquent que les frais liés aux soins interagissent généralement avec les autres frais, et ont pour effet de réduire l'accès aux soins des cas non compliqués, surtout chez les pauvres. Bien que, comme déjà mentionné par ailleurs, la plupart des femmes iront se faire soigner si de graves complications surviennent, l'impact économique et les

coûts seront accrus et engendreront une série de conséquences négatives à long terme. L'ampleur de l'impact d'un système de tarification des prestations pour les soins obstétricaux dépendra donc du prix demandé, du degré de complication et des coûts complémentaires aux soins.

Conséquences du fardeau économique des soins obstétricaux

Les coûts excessifs ont des conséquences multiples. On observe des effets à court et à long terme sur l'utilisation des services de soins par les femmes (pendant et après la grossesse), sur les femmes elles-mêmes ou sur leurs enfants, sur l'économie des ménages et sur les relations sociales. À ce jour, peu de recherches ont été faites sur les conséquences à long terme des coûts liés à la grossesse et à l'accouchement. Cela reflète une lacune plus générale de la littérature sur la santé et le bien-être des femmes après la grossesse dans les pays à faibles ressources. Une étude récente a quantifié pour la première fois les nombreuses conséquences des complications obstétricales graves chez les femmes (Filippi *et al.* 2007, Storeng *et al.* 2008).

CONSEQUENCES ECONOMIQUES

Les ménages éprouvent souvent des difficultés à se rétablir du choc économique qui peut être associé aux soins obstétricaux (Storeng *et al.* 2008). Au Burkina Faso, les ménages qui s'endettent afin d'obtenir des soins obstétricaux d'urgence remboursent leur dette plus lentement que ceux qui s'endettent pour payer les soins d'un accouchent normal. Un an après la dépense initiale, respectivement 12% et 3,7% des ménages n'avaient pas remboursé la totalité de l'argent emprunté pour payer les soins hospitaliers (ibid).

L'origine de l'argent qui a servi à payer les soins obstétricaux peut avoir d'importantes conséquences à long terme sur le bien-être des ménages. Lorsque les coûts sont financés par des emprunts, on peut observer une réduction de la consommation future, et des effets à long terme considérablement amplifiés si l'emprunt a été fait à des taux d'intérêt élevés. Lorsque l'argent provient de l'épargne, l'impact peut être moins visible, mais cela peut aussi potentiellement avoir un effet à plus long terme ; par exemple en augmentant la vulnérabilité aux futures fluctuations saisonnières des

revenus ou en réduisant l'investissement possible dans la production future.

En cas de complication pendant l'accouchement, les problèmes de santé maternelle ont également un impact sur l'économie des ménages car la productivité de la mère baisse. Lorsque les femmes sont malades ou meurent, leur contribution au travail, rémunéré ou non, s'arrête. Bien que la plupart des éléments de preuve proviennent de pays à revenus plus élevés, plusieurs études ont montré qu'une mauvaise santé maternelle réduit la participation au marché du travail (Barr & Hall 1981; Wolfe & Hill 1995) et diminue la probabilité d'emploi (Moffitt 1983) et les revenus potentiels (Hill & Wolfe 1995). Au Burkina Faso, la dette et la diminution des capitaux contribuent au cycle de la dette, et les ménages ne sont souvent plus en mesure de continuer leurs activités productives parce que leur capital est épuisé. Les problèmes de santé récurrents rendent souvent les femmes incapables de contribuer à l'économie du ménage de la même manière qu'avant la grossesse (Storeng *et al.* 2008). Dans cette situation, le travail d'autres femmes ou d'enfants membres du ménage sert souvent de substitution.

Les préoccupations liées à la perte de productivité due à l'accouchement signifient qu'une pression peut être exercée sur les femmes afin qu'elles travaillent jusque tard dans l'avancement de leur grossesse, et minimisent de cette façon la perte de productivité et de revenus. La recherche de soins est considérée comme un dernier recours, lorsque des complications graves apparaissent. Une femme du Burkina Faso ayant mis au monde un mort-né a expliqué:

> *Je n'ai jamais pu me reposer. Quand je disais que j'étais malade, ils pensaient que je profitais de mon état de grossesse pour ne rien faire. Pour eux, j'étais paresseuse. Ce n'est que lorsque j'ai été couchée et plus en mesure de faire quoi que ce soit ou d'aller aux champs qu'ils ont commencé à me prendre au sérieux.* (Storeng *et al.* 2007).

CONSEQUENCES SOCIALES

Le fardeau économique des soins de santé maternelle ne s'exprime pas seulement en termes financiers et de production. Il est également susceptible d'avoir d'énormes implications sociales. Par exemple, le stress engendré par l'idée de ne pas avoir assez d'argent pour payer les soins peut entraîner ou exacerber des tensions sociales, notamment au sein du couple. Au Burkina Faso, le défi soudain d'obtenir assez d'argent associé aux difficultés économiques quotidiennes qui s'en sont suivies ont parfois engendré la

dissolution des couples, en particulier s'ils étaient jeunes et non mariés, laissant alors la femme dans un état de grande vulnérabilité sociale et économique. Par ailleurs, les femmes s'en voulaient souvent d'avoir aggravé des difficultés financières préexistantes ayant engendré des rivalités domestiques et des tensions sociales. Près d'un an après de graves complications de grossesse ayant nécessité une intervention vitale coûteuse, une femme a dit:

> *Même hier ils en ont parlé. Ils ont dit que si mon opération n'avait pas été aussi chère, le problème d'achat [de nourriture] n'aurait pas été aussi grave, parce que nous aurions pu utiliser l'argent que nous avons dépensé pour l'opération pour acheter du mil. Quand ils disent des choses comme ça, je me lève simplement et quitte la pièce et j'attends qu'ils aient terminé avant de retourner m'asseoir avec eux* (Storeng *et al.* 2008: 552).

CONSEQUENCES POUR LA SANTE

Bien que la recherche soit rare dans ce domaine, il est communément admis que les femmes qui, pour des raisons financières, ne reçoivent pas tous les soins professionnels nécessaires pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum courent le risque de récupérer moins rapidement de leur grossesse et de leur accouchement, mais aussi de souffrir de problèmes de santé physique et mentale. De plus, le stress économique est un facteur de risque pour les troubles mentaux (Chandra *et al.* 2002; Patel *et al* 2002) et peut être associé à des symptômes psychologiques néfastes lorsqu'il est lié à des soins obstétricaux d'urgence inabordables (Fillippi *et al.* 2008). La dépression post-partum, qui touche entre 5 et 60 pour cent des femmes, est depuis peu considérée comme un problème de santé publique potentiellement grave dans les pays à faibles ressources aussi (ibid.). La déclaration spontanée de symptômes physiques par les femmes est souvent étroitement liée à des problèmes de santé mentale, qui nuisent à la productivité, en particulier quand ils ne sont pas traités (Filippi *et al.* 2007).

Au Burkina Faso, les femmes qui ont survécu à des complications de grossesse sont plus susceptibles d'avoir été victimes de troubles mentaux dans les premiers mois post-partum que celles qui ont eu un accouchement normal. L'interaction entre les traumatismes physiques liés aux complications médicales et la catastrophe économique qui s'en est suivie augmente globalement la probabilité que ces femmes déclarent que leur grossesse a eu un impact négatif sur leurs relations sociales et leurs moyens

de subsistance (Fillipi *et al.* 2007). Les femmes qui sont célibataires lorsqu'elles tombent enceintes, tout comme celles qui ont perdu leur bébé, sont particulièrement à risque de subir des conséquences néfastes à long terme (Filippi *et al.* 2007).

Consequences pour les soins dans le post-partum

Globalement, le manque de soins obstétricaux financièrement accessibles peut également jouer un rôle dans la réduction de la demande de soins en post-partum. Les femmes et les familles peuvent percevoir ces soins comme une charge financière supplémentaire et non essentielle. En effet, dans de nombreux pays à faibles ressources, la demande de soins postnatals est très inférieure à celle pour les soins prénatals et les soins lors de l'accouchement. Il y a plusieurs raisons à cette faible couverture, notamment le manque de priorité que donnent les autorités de santé publique aux services de soins postnatals (Warren *et al.* 2006).

Au Burkina Faso, les femmes ont semblé plus souvent avoir eu des difficultés à accéder aux soins post-partum qu'elles jugeaient nécessaires si elles avaient eu une complication grave, et avaient été ainsi exposées à des dépenses élevées (Storeng *et al.* 2008). La couverture des services postnatals est faible alors que les femmes rapportent elles-mêmes un nombre important de complications dans la période post-partum (Filippi *et al.* 2007; Uzma *et al.* 1999).

Le coût élevé des soins lors de l'accouchement pourrait également affecter la capacité à payer pour les services de prévention, tels que les soins du nouveau-né et la planification familiale pendant le post-partum. Néanmoins, d'autres investigations sont nécessaires pour confirmer ces interactions (lslam & Gerdtham 2006).

Conclusion

Ce chapitre met en lumière l'importance de considérer plus largement l'impact à court et à long terme des accouchements et des soins d'urgence inabordables sur la santé et le bien-être économique des femmes, des enfants et des autres membres de la famille. Bien que la revue de littérature n'ait pas été systématique, ce chapitre compile un vaste éventail de données sur le coût des soins obstétricaux et leurs conséquences économiques et sociales, qui permettent de tirer quelques conclusions et recommandations

importantes.

Les soins obstétricaux dans les hôpitaux se sont révélés très coûteux. Les frais de transport, les coûts non officiels et le coût en temps s'additionnent aux coûts officiels, résultant en dépenses et en dettes catastrophiques, surtout en cas de complications. L'accouchement à domicile supprime le coût du transport et réduit le coût en temps, tout en donnant plus de souplesse aux ménages pour payer ce qu'ils peuvent. En l'absence de complications, un certain nombre de ménages donnent donc leur préférence à l'accouchement à domicile.

Il est essentiel de trouver une source de protection financière pour les femmes pauvres, car elles sont les premières à subir les conséquences des dépenses de soins, et sont les plus susceptibles d'être dissuadées de chercher des soins. Parallèlement aux efforts de santé publique pour améliorer la réponse clinique, il faut s'adresser au problème du travail des femmes et de la pauvreté quotidienne (à la fois avant et après l'accouchement), que ce soit en les aidant à planifier leur accouchement, en proposant des soins obstétricaux d'urgence gratuits ou moins coûteux, ou en ciblant les femmes pauvres à travers des exonérations ou des transferts de fonds autour de la période de l'accouchement.

De nombreuses études ont fait état de difficultés dans l'identification et l'exemption de paiements pour les pauvres. Puisqu'il est facile d'identifier une femme qui accouche, et que celles qui accouchent dans les structures de soins publiques sont plus à risque d'être pauvres, une autre option serait d'exempter toutes les mères pour les soins obstétricaux, en particulier si des complications surviennent. Par exemple en Tanzanie, où des exemptions officielles sont en place pour les soins de santé maternelle et infantile, les coûts sont nettement moindres que dans tous les autres pays. L'existence de ces exemptions minimise également la différence de coût entre un accouchement normal et un accouchement compliqué.

Une plus grande participation du gouvernement dans le financement des soins obstétricaux contribuerait à réduire leur impact sur l'économie des ménages, et serait donc susceptible d'augmenter la proportion d'accouchements réalisés en présence de personnel qualifié (Kruk *et al.* 2007).

Mettre en place une tarification standardisée et en diffuser largement l'information réduirait l'imprévisibilité des coûts et aiderait les ménages à épargner et à s'assurer qu'ils disposent de suffisamment de fonds pour payer

les soins en cas de besoin. Toutefois, à moins de les subventionner fortement, les coûts liés aux complications obstétricales resteront toujours inabordables. Le coût des complications obstétricales provoque les conséquences à long terme les importantes et les plus dommageables pour les ménages. Il est donc important que les débats sur les options de financement pour les soins maternels tournent non seulement autour de la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement normal, mais qu'ils soient aussi structurés autour de l'accessibilité financière des soins d'urgence en cas de complications, y compris celles liées aux avortements clandestins et incomplets. Tant que la protection ne s'étend pas aux soins obstétricaux d'urgence, les politiques de financement qui visent à protéger les femmes ne protégeront pas celles qui ont le plus besoin de soins, et dont la vie dépend de l'accès à ces soins.

Références

Akashi H, Yamada T, Huot E, Kanal K & Sugimoto T (2004) User fees at a public hospital in Cambodia: effects on hospital performance and provider attitudes. *Social Science and Medicine* **58**(3), 553-64.

Asante FA, Chikwama C, Daniels A & Armarklemesu M (2007) Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal* **41**(3), 110-7.

Afsana K (2004) The tremendous cost of seeking hospital obstetric care in Bangladesh. *Reproductive Health Matters* **12**(24), 171-80.

Barlow R & Diop F (1995) Increasing the utilization of cost-effective health services through changes in demand. *Health Policy and Planning* **10**(3), 284-95.

Barr N & Hall R (1981) The probability of dependence on public assistance. *Economica* **48**(1), 109-23.

Behague DP, Kanhonou LG, Filippi V, Lègonou S & Ronsmans C (2008) Pierre Bourdieu and transformative agency: A study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. *Sociology and illness* **30**(4), 489-510.

Belli P, Gotsadze G & Shahriari H (2004) Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy* **70**, 109-23.

Benjamin AS & Purai JK (2001) User charges and utilisation of obstetric services in the National Capital District, Papua New Guinea. *Pacific Health Dialogue* **8**(1), 38-43.

Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C, Brugha R, Browne E & Alihonou E (2003) Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning* **18**(4), 383-90.

Borghi J & Lissner C (2004) A review of options for financing maternal and newborn health care in developing countries. World Health Organization, Geneva.

Borghi J, Sabina N, Blum LS, Hoque ME & Ronsmans C (2006a) Household costs of healthcare during pregnancy, delivery, and the postpartum period: a case study from Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition* **24**(4), 446-55.

Borghi J, Ensor T, Neupane B & Tiwari S (2006b) The financial implications of skilled attendance at delivery: the case of Nepal. *Tropical Medicine and International Health* **11**(2), 228-37.

Campbell OM & Graham WJ (2006) Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* **368**(9543), 1284-99.

Chandran M, Tharyan P, Muliyil J & Abraham S (2002) Postpartum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. *British Journal of Psychiatry* **181**, 499-504.

Dmytraczenko T, Carrasco S, Seoane K, Abramson W & Valle A (1998) Evaluacion del Seguro Nacional de Maternidad y Ninez en Bolivia.

Partnerships for health reform. Abt Associates Inc.: Bethesda, Maryland.
Ensor T & Cooper S (2004) Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning* **19**(2), 69-79.

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

Filippi V, Ganaba R, Baggaley R, Marshall T, Storeng KT, Sombie I, Ouattara F, Ouedraogo T, Akoum M & Meda N (2007) Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet* **370**, 1329-37.

Gohou V, Ronsmans C, Kacou L, Yao K, Bohoussou KM, Houphouet B, Bosso P, Diarra-Nama AJ, Bacci A & Filippi V (2004) Responsiveness to life-threatening obstetric emergencies in two hospitals in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Tropical Medicine and International Health* **9**(3), 406-15.

Goudge J, Gumede T, Gilson L, Russell S, Tollman SM & Mills A (2007) Coping with the cost burdens of illness: combining qualitative and quantitative methods in longitudinal, household research. *Scandinavian Journal of Public Health* **35**(suppl 69), 181-5.

Gruénais ME & Ouattara F (2006) Le 'prix de l'accouchement'. La prise en charge de la grossesse en Afrique subsaharienne, une nouvelle étape de la compensation matrimoniale. Colloque international Familles et Santé : le regard des sciences sociales, Université d'Oran (GRAS) - Université de Lille 1 (CLERSE), Association internationale des sociologues de langue française (AISLF). April 4-5, Oran, Algeria.

Islam MK & Gertham U-G (2006) The costs of maternal-newborn illness and mortality. World Health Organization. Geneva: WHO.

Kadir MM, Khan A, Sadruddin S & Luby SP (2000) Out-of-pocket expenses borne by the users of obstetric services at government hospitals in Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association* **50**(12), 412-5.

Khan SH (2005) Free does not mean affordable: maternity patient expenditures in a public hospital in Bangladesh. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* **3**, 1.

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

Kowalewski M, Mujinja P & Jahn A (2002) Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. African *Journal of Reproductive Health* **6**(1), 65-73.

Kruk ME, Galea S, Prescott M & Freedman LP (2007) Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries. *Health Policy and Planning* **22**(5), 303-10.

Mbugua JKB & Segall MM (1995) Impact of user charges on vulnerable groups: The case of Kibwezi in rural Kenya. *Social Science and Medicine* **41**(6), 829-35.

McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G & Whitehead M (2006) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine* **62**, 858-65.

Moffitt R (1983) An economic model of welfare stigma. *American Economic Review* **73**(3), 1023-35.

Moran AC, Winch PJ, Sultana N, Kalim N, Afzal KM, Koblinsky M, Arifeen SE, Seraji MH, Mannan I, Darmstadt GL & Baqui AH (2007) Bangladesh PROJAHNMO Maternal Morbidity Study Group Patterns of maternal care seeking behaviours in rural Bangladesh. *Tropical Medicine and International Health* **12**(7), 823-32.

Nahar S & Costello A (1998) The hidden cost of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy and Planning* **13**(4), 417-22.

Owa JA, Osinaike AI & Costello AM (1992) Charging for health services in developing countries. *Lancet* **340**(8821), 732.

Owa JA, Osinaike AI & Makinde OO (1995) Trends in utilization of obstetric care at Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria. Effects of a depressed economy. *Tropical Geography and Medicine* **47**(2), 86-8.

Patel V, Rodrigues M & DeSouza N (2002) Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry* **159**, 43-7.

Prevention of Maternal Mortality Network (1995) Situation analyses of emergency obstetric care: examples from eleven operations research projects in West Africa. *Social Science and Medicine* **40**(5), 657-67.

Ranson MK (2002) Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization* **80**(8), 613-21.

Russell S (2004) The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene* **71**(suppl 2), 147-55.

Schneider P & Hanson K (2006) Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda. *Health Economics* **15**(1), 19-31.

Shuler SR, Bates L & Islam MK (2002) Reconciling cost recovery with health equity concerns in a context of gender inequality and poverty: findings from a new family health initiative in Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* **28**(4), 196-204.

Sondo B, Testa J & Kone B (1997) The financial costs of health care: a follow-up survey of women having a high-risk delivery. *Santé* **7**(1), 33-7.

Soucat A, Levy-Bruhl D, De Bethune X, Gbedonou P, Lamarque JP, Bangoura O, Camara O, Gandaho T, Ortiz C, Kaddar M & Knippenberg R (1997) Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care: the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management* **12**(suppl 1), S81-108.

Storeng KT, Ouattara F & Akoum MS (2007) Women's accounts of life-threatening pregnancy complications in Burkina Faso. Paper presented at Women Deliver, London, October 18, 2007.

Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS & Filippi V (2008) Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* **66**(3), 545-57.

Taylor C, Sanders D, Bassett M & Goings S (1993) Surveillance for equity in maternal care in Zimbabwe. *World Health Statistics Quarterly* **46**(4), 242-47.

Uzma A, Underwood P, Atkinson D & Thackrach R (1999) Postpartum health in a Dhaka slum. *Social Science & Medicine* **48**, 313-20.

Walker D, Vlassoff, M, Singh S, Newlands D & Borghi J (2007) Choice matter. *The Economist*, June 7th.

Warren C, Daly P, Toure L & Mongi P. Postnatal care. In: Lawn J and Kerber K. (Eds). Opportunities for Africa's newborns. Practical data, policy and programmatic support for new born care in Africa. PMNCH, Cape Town, 2006.

Wolfe BL & Hill SC (1995) The effect of health on the work effort of single mothers. *Journal of Human Resources* **30**(1), 42-62.

Chapitre 2: Expérience de partage des coûts au Burkina Faso

Partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso

Charlemagne Ouédraogo[1], Fabienne Richard[2], Juliette Compaoré[3], Cyril Wissocq[4], Dominique Pobel[4], Fatoumata Ouattara[5], Marc-Eric Gruénais[5] & Vincent De Brouwere[2,5,6]

Résumé

Le district sanitaire du secteur 30, district urbain de la ville de Ouagadougou, a démarré en janvier 2005, après 18 mois de préparation, un système de partage des coûts pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence des femmes enceintes du district. Le partage des coûts concerne le transport en urgence et la césarienne. Les coûts directs de ce paquet sont partagés entre quatre acteurs : 1) les comités de gestion des centres de santé et les structures confessionnelles, 2) la patiente et sa famille, 3) les collectivités locales et 4) le district sanitaire. Ce fonds de solidarité alimenté par les différents acteurs permet de réduire la part des familles et de dégager un excédent permettant la prise en charge des indigentes.

Les résultats, après 3 ans de mise en œuvre, ont été mesurés en termes d'utilisation des services, de qualité des soins, de viabilité financière du système et de la perception du système par les différents acteurs. Plusieurs sources de données ont été utilisées: données de routine du système d'information sanitaire, fiches individuelles de prescription, étude des besoins obstétricaux non couverts, entretiens individuels auprès des

[1] Unité Gynéco-Obstétrique de l'hôpital de district de Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso. Email : ocharlemagne@yahoo.fr (la correspondance doit être adressée à cet auteur).
[2] Unité Qualité et Ressources Humaines, département de santé publique, Anvers, Belgique.
[3] ASMADE, Ouagadougou, Burkina Faso.
[4] Equilibres et Populations, Paris, France.
[5] UMR 912 (INSERM-IRD-U2) "Sciences Economiques et Sociales, systèmes de santé, sociétés", Marseille, France.
[6] Institut National d'Administration Sanitaire, Rabat, Maroc.

différents acteurs. La couverture en accouchements assistés est passée de 66,2% en 2003 à 86,5% en 2007 et le taux de césariennes pour le district de 2,5 à 3,7 % avec 1% d'interventions pour indications maternelles absolues. Le système de partage des coûts est viable financièrement, il a su s'adapter à la nouvelle subvention nationale pour les soins obstétricaux d'urgence et peut ainsi offrir une prise en charge complète pour une césarienne pour seulement 6.000 CFA (91 €). Cependant, la pérennité d'un tel système basé sur un engagement annuel des différents acteurs demande à être suivie et évaluée dans le contexte dynamique du Burkina (décentralisation, réformes).

Mots-clés : partage des coûts, Burkina Faso, soins obstétricaux d'urgence, accès aux soins de santé, santé urbaine

Introduction

Avec un ratio de 484 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (Ministère de l'Economie et du Développement, INSD 1999), l'amélioration de la santé maternelle et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence représentent un défi majeur pour le système de santé du Burkina Faso. Le ministère de la Santé s'est efforcé depuis dix ans de rendre accessibles dans chaque région des services obstétricaux de base au niveau des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) et des services de soins obstétricaux complets au niveau des Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA) (Ministère de la Santé 2000, Ministère de la Santé 2001a, Ministère de la Santé 2004). Malgré ces efforts la moyenne nationale du taux de césarienne reste faible : 0,7% des naissances attendues selon l'enquête démographique et de santé 2005 (Ministère de l'Economie et du Développement, INSD 2005). Le degré de fonctionnalité de ces CMA est très variable d'un district à un autre (42 fonctionnels sur 53) et l'accès aux soins obstétricaux d'urgence reste limité pour un grand nombre de femmes (Ministère de l'Economie et du Développement, INSD 2005, Ministère de la Santé 2005a). Parmi les différents obstacles à l'accès aux soins (Thaddeus & Maine 1994), la barrière financière est considérée comme une des barrières principales. Au Burkina Faso, le PIB par habitant était de 235.615 FCFA (359€) en 2006 et 46,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté fixé à 82.672 FCFA (126€) par personne par an (Ministère de l'Economie et du Développement, INSD 2003). Parmi les raisons citées par les malades qui n'ont pas utilisé un

prestataire moderne, les raisons économiques figuraient en deuxième position après la préférence pour l'automédication d'après l'enquête prioritaire de 1998 (Ministère de l'Economie et du Développement, INSD 1998). Les plus pauvres retardent leur demande de soins. Ils doivent payer le transport, parcourir de longues distances avant d'avoir accès aux services de santé et lorsqu'ils y arrivent, il faut disposer de moyens financiers pour s'acquitter des frais pour la prise en charge. Seule une infime partie de la population est affiliée à un système d'assurance maladie ou à une mutuelle de santé (La Concertation 2004, Bicaba *et al.* 2004, Su *et al.* 2006). La dépense mensuelle moyenne des familles pour la santé est de 4.018 FCFA (6,1€) et seulement 1.014 FCFA (1,5€) pour le quintile le plus pauvre (Ministère de l'Economie et du Développement, INSD 1998), alors que le prix modal d'une césarienne observé dans 3 hôpitaux régionaux est de 75.000 FCFA (114 €), le maximum étant 300.000 FCFA (457€) (Bicaba *et al.* 2004).

Pour réduire ces barrières financières, différentes initiatives ont été lancées. Ainsi à partir de 2001, l'UNICEF a appuyé la mise en place de systèmes de partage des coûts pour les urgences obstétricales dans la Région de l'Est (Bogandé, Diapaga et Pama), la Région du Centre Est (Koupéla et Ouargaye) et la Région du Sahel (Sebba) (Ministère de la Santé 2005b). L'évaluation de cette expérience en 2003 a montré une réduction des coûts directs à la charge de la patiente et de sa famille de 60 à 70% sans prépaiement et une augmentation du taux de césariennes (Nacoulma *et al.* 2003). En janvier 2005, au terme de 18 mois de préparation, le district sanitaire du secteur 30, district urbain de la ville de Ouagadougou a à son tour mis en œuvre un système de partage des coûts avec le soutien technique du projet AQUASOU[7]. C'est la première fois que cette expérience était tentée en milieu urbain. Depuis le 1er octobre 2006, l'Etat burkinabé a instauré une subvention nationale aux accouchements et aux soins obstétricaux d'urgence qui prend en charge 80% des coûts directs.

Cette subvention est venue s'ajouter aux efforts des districts pour baisser

[7] Projet d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence, financé par le Ministère des Affaires Etrangères Français. Durée : 3 ans (1er janvier 2003- 31 décembre 2005). Zone d'intervention : district sanitaire du secteur 30. Partenaires : Institut de Médecine Tropicale (Anvers), Institut de Recherche pour le Développement (Marseille), Equilibres et Populations (Paris).

la tarification des soins obstétricaux.

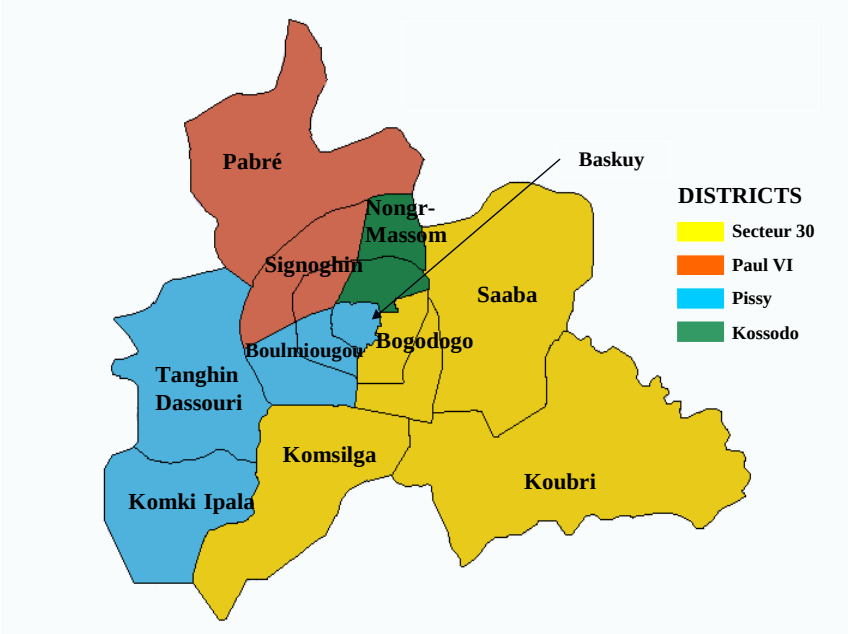
Le but de ce chapitre est de décrire les différentes étapes de l'introduction du système de partage des coûts dans le district sanitaire du secteur 30, les modalités de fonctionnement, son adaptation au contexte dynamique du Burkina Faso (processus de décentralisation) et de présenter les résultats après trois ans de mise en œuvre.

Contexte

LE DISTRICT SANITAIRE DU SECTEUR 30

Le district sanitaire du secteur 30, appelé district de Bogodogo depuis 2008, était l'un des quatre que compte la région sanitaire du Centre (Figure 1). Il s'étendait sur une superficie de 1.534 km² (actuellement 1.200 km2) et couvrait l'arrondissement de Bogodogo (5 secteurs urbains et 2 villages) qui fait partie de la commune de Ouagadougou et les départements de Saaba (23 villages), Koubri (25 villages) et Komsilga (36 villages).

Figure 1. Carte sanitaire des districts de Ouagadougou (Région du Centre)



Le district dépend de différentes entités administratives comme suit: i) la Région du Centre dirigée par le Haut-Commissaire (un représentant du Gouverneur), ii) la Ville de Ouagadougou, par le Maire de Ouagadougou, iii) l'arrondissement de Bogodogo, par un maire d'arrondissement ; iv) les trois départements ruraux chacune dirigée par un préfet. Tous ces représentants sont impliqués comme nous le verrons ensuite dans le système de partage des coûts. La population du district était estimée en 2006 à 489.976 habitants dont 330.153 en zone urbaine.

L'aire sanitaire du district comptait 44 formations sanitaires de 1er échelon, 3 centres médicaux dont deux confessionnels, un Centre Médical avec Antenne chirurgicale. Quatre-vingt cinq pour cent de la population du district habite à moins de 5 km d'une structure sanitaire (Ministère de la Santé 2006) et 66% des femmes accouchaient avec une assistance qualifiée en 2003. La gestion des centres de santé est confiée à la communauté à travers les Comités de Gestion (COGES).

LE CMA DU SECTEUR 30

Le CMA est l'hôpital de référence du district. Son bloc opératoire est fonctionnel depuis le 1er août 2003. La garde 24h/24 en obstétrique est opérationnelle depuis le 1er octobre 2004 seulement et assurée par un gynécologue du service (quelques médecins extérieurs viennent compléter le planning de garde). La garde en salle d'accouchement est assurée par deux sages-femmes, une accoucheuse auxiliaire et une fille de salle, jour et nuit et durant le week-end. Le service de maternité comprend 24 lits d'hospitalisation, ce qui est peu comparé à la fréquentation du service (4.182 admissions et 3.509 accouchements en 2005). Le taux d'occupation était de 103% en 2005 (AQUASOU 2003). En 2006, le district sanitaire a mis en œuvre une politique de réduction du nombre d'accouchements normaux au CMA en ouvrant des maternités périphériques et en offrant de bonnes conditions d'accouchement (équipement, formation du personnel) dans les formations sanitaires de 1er échelon où les femmes doivent s'adresser en première intention. En 2006 le nombre total d'admissions a pu être réduit de 25% (2.476 accouchements).

Le système de partage des coûts

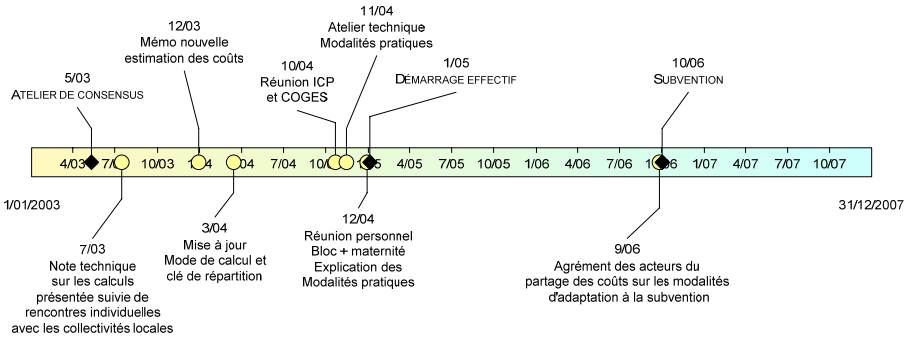
PRINCIPE DU PARTAGE DES COUTS

L'objectif du partage des coûts est d'améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes résidant dans le district sanitaire du secteur 30. Le partage des coûts concerne le 'transport en urgence et la césarienne'. Les coûts directs de ce paquet sont partagés entre quatre acteurs : 1) les COGES et les structures confessionnelles, 2) la patiente et sa famille, 3) les collectivités locales et 4) le ministère de la santé, ce qui permet de réduire la part des familles. Ce fonds de solidarité alimenté par les différents acteurs permet de dégager un excédent permettant la prise en charge des indigentes.

PHASE PREPARATOIRE

La phase préparatoire a duré un an et demi (Figure 2). Le principe d'instaurer un système de partage des coûts pour les urgences obstétricales a été adopté lors d'un atelier de consensus le 6 mai 2003 regroupant les représentants des comités de gestions des centres de santé, les autorités sanitaires du district, de la région et du niveau central, les partenaires internationaux, des associations professionnelles, des écoles de santé, des représentants des collectivités locales, des associations féminines et des membres du personnel de santé (AQUASOU 2004).

Figure 2. Principales étapes dans la mise en œuvre du partage des coûts



En juillet 2003, une première note technique a été présentée aux différents acteurs (Collectivités locales, COGES, Equipe Cadre du District). Dans cette note technique, le nombre d'interventions obstétricales majeures, basé sur un taux empirique de 2,5% de naissances attendues (soit 538 interventions obstétricales majeures et en moyenne 45 interventions par mois), a été estimé par département ou par commune d'origine des femmes. Ensuite, une estimation du coût du paquet de services (transport, intervention et soins postopératoires pour la mère et l'enfant) a été faite, la prise en charge s'élevant à 112,8€ (Tableau 1). Il faut noter que les parties prenantes ont accepté le jeu de la solidarité pour financer les transports et le forfait est le même quelle que soit la distance à parcourir.

Tableau 1. Estimation du forfait pour une Intervention Obstétricale Majeure

	2005		2008	
Coûts de l'intervention chirurgicale	**FCFA**	**€**	**FCFA**	**€**
Acte chirurgical	8.750	13,3	8.750	13,3
Kit intervention	17.000	25,9	26.995	41,2
Consommables spécifiques (anesthésiques, oxygène)	18.000	27,4	18.000	27,4
Forfait hospitalisation	6.000	9,1	3.500	5,3
Ordonnance post-op (mère+enfant)	16.000	24,4	15.000	22,9
examen complémentaires	2.000	3,0	2.000	3,0
Coûts du transport				
Ambulancier	1.418	2,2	1.418	2,2
Carburant (20litres/100km) et moyenne 24 km	3.360	5,1	3.360	5,1
Entretien	1.440	2,2	1.440	2,2
Brancardier	-	-	912	1,4
Gestion du système				
Agent de recouvrement	-	-	1.136	1,7
Frais de déplacement suivi des femmes au CHU-YO	-	-	161	0,2
Frais évaluation (étude BONC)	-	-	268	0,4
TOTAL	**74.000**	**112,8**	**83.000**	**126,5**

L'ONG de développement endogène ASMADE et l'Union des associations féminines de Bogodogo ont été mandatées pour organiser des réunions en milieu rural et urbain auprès de représentants de la population (femmes et hommes) pour évaluer les capacités financières des familles et recueillir l'avis des usagers sur le système de partage des coûts. Une clé de répartition a été définie après accord de tous les acteurs (Tableau 2). Les partenaires internationaux ne contribuent pas financièrement au système de partage des coûts, leur apport s'est fait sur d'autres aspects : appui technique, matériel, formation. Le démarrage du système a été fixé au 1er janvier 2005. Les modalités de suivi et de gestion du système ont également été définies et une convention de collaboration entre les différents acteurs a été signée pour une période d'un an, renouvelable.

Tableau 2. Clé de répartition entre les différents acteurs pour une Intervention 0bstétricale Majeure (en Euros)

Acteurs	Du 1er janvier 2005 au 31 septembre 2006			A partir du 1er octobre 2006		
	FCFA	Euro	%	FCFA	Euro	%
Familles	**25.000**	**38,1**	**34%**	**6.000**	**9,1**	**7%**
COGES. Structures confessionnelles	8.000	12,2	11%	6.000	9,1	7%
District sanitaire du secteur 30	21.000	32,00	28%	14.000	21,3	16%
Collectivités locales	20.000	45,2	27%	13.000	19,8	17%
Etat (subvention nationale)				44.000	67,1	53%
TOTAL	**74.000**	**112,8**	**100%**	**83.000**	**126,5**	**100%**

MODALITES DU SYSTEME

Les bénéficiaires du système sont les femmes enceintes résidant dans l'aire sanitaire du district du secteur 30. Les femmes 'hors-district' bénéficient des mêmes soins rationalisés mais ne peuvent pas bénéficier du tarif préférentiel. Les interventions prises en charge comprennent la césarienne, la laparotomie pour grossesse extra-utérine, l'hystérectomie d'hémostase, la réparation de déchirures compliquées du périnée et du col nécessitant une anesthésie générale.

Sont compris dans le forfait tous les frais en rapport avec l'intervention

en urgence : le transport en ambulance l'intervention chirurgicale, les examens complémentaires, les soins postopératoires pour la mère et son enfant pendant le séjour au CMA, l'hospitalisation, les pansements en ambulatoire jusqu'à cicatrisation.

RECOUVREMENT DES COUTS

La patiente ou sa famille doit s'acquitter de sa quote-part : 25.000 FCFA (de janvier 2005 à septembre 07), et seulement 6.000 FCFA depuis le 1er octobre 2006 (voir le point sur l'évolution du système) à la caisse de paiement du CMA du secteur 30 avant ou après l'intervention selon ses possibilités. Un agent de recouvrement contrôle les opérations. Les indigents disposant d'un certificat des services sociaux sont dispensés de paiement. Le service social du CMA peut également décider de l'exonération pour des familles ne disposant pas de certificat d'indigence mais correspondant aux critères après enquête sociale[8].

Si le dépôt pharmaceutique est en rupture de stock de certains médicaments génériques ou si une pathologie nécessite la prescription d'une spécialité, une ordonnance est remise à la famille pour qu'elle puisse acheter les produits dans une officine privée. Le CMA rembourse cet achat sur présentation de la facture après vérification par l'agent de recouvrement.

GESTION ET SUIVI DU SYSTEME DE PARTAGE DES COUTS

Un comité de suivi du projet composé des représentants des différents acteurs (20 membres) a été mis en place. Il se réunit tous les 3 mois pour vérifier que la mise en œuvre du partage des coûts se passe selon les lignes directrices de la convention.

Un comité restreint a été également mis en place au niveau du CMA du secteur 30. Il comprend 7 membres qui se réunissent tous les 15 jours et assurent la gestion du système au quotidien. Mais en pratique ce petit comité est en concertation permanente pour assurer le bon fonctionnement du système. Il procède à l'analyse mensuelle des données et au suivi des contributions (lettres de rappel pour les COGES, contact avec les collectivités locales).

Le comité restreint s'est enrichi d'un éducateur social qui a pris fonction

[8] Les éléments évalués sont la profession, le lieu de résidence, le type de résidence, le moyen de déplacement, les personnes à charge, la profession du conjoint.

au CMA en juillet 2005. Il travaille en étroite collaboration avec les acteurs du partage des coûts. Il a élaboré une grille de critères d'indigence pour mieux les identifier.

Un agent de recouvrement a été recruté en décembre 2005. Il joue un rôle capital dans le suivi des patientes incluses dans le système et dans le suivi des dépenses directes de santé. En pratique, tous les matins, il reçoit les dossiers des patientes opérées autorisées à sortir, et explique aux patientes ou à leurs familles le contenu des soins, précise les coûts et indique le montant à payer. Il saisit cette opportunité pour expliquer le système de partage des coûts en précisant l'identité des autres acteurs financiers. Après règlement du montant par les familles, il leur remet la fiche de liaison postopératoire qui permettra à la patiente de poursuivre les soins à titre externe et d'être revue à la visite du 45ème jour postopératoire. De façon régulière, l'agent croise les différents supports : fiches de prescription des infirmiers, registre du dépôt pharmaceutique, bilan des dépenses des soins postopératoires. Ceci permet de s'assurer que les protocoles opératoires sont bien suivis et qu'il n'y a pas de détournement de médicaments. Il tient le chef de service de la maternité informé des différentes anomalies observées et prend les mesures correctrices requises en interpellant les acteurs concernés.

Un guide de procédures (circuit de la femme et modalités de recouvrement) a également été élaboré pour que chaque acteur puisse s'y référer en cas de problème.

Une fiche de prescription individuelle est ouverte pour chaque femme opérée, on y note tous les examens réalisés, les médicaments délivrés et actes opératoires exécutés. C'est cette fiche qui permet la délivrance des médicaments au dépôt pharmaceutique du CMA, il n'y a plus d'ordonnances données directement à la famille (sauf comme décrit plus haut en cas de ruptures de stock).

SYSTEME D'EVALUATION MIS EN PLACE

Le système qui permet de recueillir les informations pour élaborer les rapports d'activité mensuels a été renforcé (nombre d'admissions, d'accouchements, de césariennes, de complications). Un seul registre d'admissions et accouchements a remplacé la multitude de registres existants. Ce registre est contrôlé et complété chaque matin lors du staff de 8h où les dossiers de la garde sont présentés au gynécologue responsable.

Une étude sur les besoins obstétricaux non couverts (recueil de

l'information sur les interventions obstétricales majeures pour les femmes résidentes du secteur 30) a été réalisée chaque année dans les différents hôpitaux publics de la ville de Ouagadougou et les cliniques privées. Ceci nous permet de calculer les taux d'interventions pour les femmes du district et de vérifier si les besoins ont été couverts en particulier pour les populations rurales.

La fiche individuelle de prescriptions permet d'avoir le coût réel de prise en charge pour ajuster, si besoin, les estimations. Elle permet aussi de contrôler les prescriptions et d'éviter les pratiques hors-standard.

EVOLUTION RECENTE DU SYSTEME DE PARTAGE DES COUTS : LA SUBVENTION NATIONALE DES ACCOUCHEMENTS ET SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

Dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité financière aux services obstétricaux, l'Etat Burkinabé a voté à l'Assemblée nationale dans le budget 2006, une subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) qui a pris effet le 1er octobre 2006 (Encadré 1).

Les modalités de subvention décidées visent à mobiliser les financements de l'Etat, des collectivités locales et des comités de gestion pour supporter 80% des coûts des accouchements eutociques dans les districts sanitaires, 60% des coûts des accouchements eutociques dans les hôpitaux nationaux et régionaux et 80% des coûts des SONU de 2006 à 2015.

Avec cette subvention nationale, le prix officiel d'une césarienne (acte, médicaments et consommables, examens complémentaires, hospitalisation et transport) a été décrété à 11.000 FCFA dans tous les hôpitaux publics du pays et un accouchement (acte, médicaments et consommables, mise en observation) à 900 FCFA dans un CMA et 1.800 FCFA dans un CHU. Mais dans le district du secteur 30 qui pratiquait déjà le partage des coûts pour les césariennes, cette subvention nationale a été intégrée au système déjà en place pour diminuer encore plus le prix de la césarienne pour la patiente.

Encadré 1. Prestations concernées par la subvention nationale (Ministère de la Santé, 2005c)

- Les accouchements eutociques
- Les soins obstétricaux et néonatals d'urgence
  - Césarienne
  - Laparotomie pour GEU et rupture utérine
  - Accouchement dystocique: tout accouchement par voie basse nécessitant l'utilisation des produits (solutés, ocytociques, antispasmodiques, transfusion sanguine, etc.), les parages de déchirures compliquées du col et ou du périnée sous anesthésie générale, la révision utérine, l'usage de la ventouse/forceps et les manœuvres internes
  - Prise en charge des pré-éclampsies et des crises d'éclampsies
  - Soins intensifs (souffrance cérébrale aigue, infection néonatale sévère, détresse respiratoire sévère, hypothermie) au nouveau-né (inférieur ou égal à 7j)
  - Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) pour les complications d'avortement.
  - Le transport/évacuation des parturientes des villages vers les centres de santé d'une part et des centres de santé vers les centres de référence d'autre part

PROCESSUS D'INTEGRATION DE LA SUBVENTION AU SYSTEME DE PARTAGE DES COUTS

Afin d'intégrer la subvention nationale au système de partage des coûts, l'ECD, en concertation avec la Direction Régionale du Centre, a proposé au comité de suivi un réaménagement de la contribution de chaque acteur. Ce réaménagement a pris en compte la mise à jour du coût de la césarienne incluant le salaire d'un agent de recouvrement et le changement de la composition du kit césarienne (fil supplémentaire, aiguille pour rachianesthésie). Le coût du forfait a été estimé à 126,5€ (83.000 FCFA) (Tableau 1) et une nouvelle clé de répartition a été adoptée par l'ensemble des acteurs du comité de suivi en septembre 2006. Tous les acteurs ont vu leur contribution baisser dès l'avènement de la subvention nationale (Tableau 2), ainsi le prix d'une césarienne pour la femme n'est que de 6.000 CFA depuis le 1er octobre 2006. Pour 2008, l'estimation de l'enveloppe globale nécessaire à la prise en charge des 746 interventions attendues

s'élevait à 61.918.000 CFA répartie entre les différents acteurs (Tableau 3).

Tableau 3. Prévision de l'enveloppe globale pour 2008 (746 interventions attendues)

	Total 1 forfait	Patiente	COGES	ECD	Collectivités locale	Etat (subvention)
Clé de répartition	100%	7%	7%	17%	16%	53%
Pour une intervention FCFA	**83.000**	**6.000**	**6.000**	**14.000**	**13.000**	**44.000**
En Euro €	126,5	9.1	9.1	31.6	29.4	99.5
Pour 746 interventions FCFA	**61.918.000**	**4.476.000**	**4.476.000**	**10.444.000**	**9.698.000**	**32.824.000**
En Euro €	94.393	6.824	6.824	15.992	14.785	50.040

Méthodes

Le système de partage des coûts a pu être documenté grâce aux différents rapports de mission, et rapports annuels d'activités produits dans le cadre du projet AQUASOU qui ont décrit les différentes phases d'implantation. Les rapports des comités restreints et des comités de suivi ont permis de documenter les difficultés de mise en œuvre, les résultats en termes de nombre de personnes prises en charge par le forfait et la viabilité financière (balance entre les dépenses et les contributions des différents acteurs).

Afin de mesurer les résultats du système de partage des coûts sur l'utilisation des services, sur la qualité des soins et sa perception par la population et le personnel des études supplémentaires ont été nécessaires en plus des données de routine du service maternité.

DONNEES QUALITATIVES

- Des enquêtes qualitatives ont été menées auprès des patientes et de leurs familles pour apprécier le degré de connaissance du système par la population et recueillir leur perception sur ce système. Vingt-quatre patientes ou membres de leurs familles ont été interviewées en juin 2005 et vingt-six en décembre 2005, soit au 6ème mois et au 12ème mois après le début de l'initiative, alors que la part demandée aux familles étaient encore fixée à 25.000 F CFA.

- Des entretiens menés aux mêmes périodes (juin et décembre 2005) auprès, d'une part, de personnels de santé des structures périphériques (CSPS ruraux et urbains), et, d'autre part, des personnels occupant les différents types de poste au sein du CMA ont également permis de connaître les appréciations du système par les personnels.
- Des entretiens avec le Maire de Ouagadougou, le Maire de Bogodogo, le Haut-Commissaire de la Région du Centre, et les trois préfets des départements ruraux ont été réalisés par Equilibres & Populations pendant la phase préparatoire en juillet 2003, juste avant le démarrage effectif du partage des coûts en décembre 2004, lors de la clôture officielle du projet AQUASOU en février 2006 et ensuite en décembre 2006 et 2007 par l'ONG ASMADE qui a poursuivi les activités de mobilisation politique.
- Les comptes-rendus (annotés par FR) des réunions du comité restreint de janvier 2005 à Avril 2006 ont permis de documenter les incidents critiques, les jours et causes de fermeture du bloc et les solutions mises en place par le comité restreint.
- Les comptes-rendus des réunions avec les COGES aux différentes phases du processus ont permis de récolter leurs perceptions.

DONNEES QUANTITATIVES

- données sanitaires de routine de la maternité de l'hôpital de district (admissions, accouchements, complications, références) de 2003 à 2007.
- 'fiches césariennes' (pour l'étude sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts). Cette fiche reprend tous les renseignements sur l'intervention et ses suites. Elle a été remplie pour toutes les femmes du district césarisées quelque soit le lieu de la césarienne (hôpital de district ou autres structures privées et publiques voisines) et pour les femmes étrangères au district opérées à l'hôpital de district.
- 'fiches individuelles de prescriptions' pour les femmes césarisées (traitements reçus et coûts) en 2005. Cette fiche papier contient tous les actes opératoires réalisés et les soins prescrits à la femme pendant son séjour ainsi que leur tarif. Cette fiche a été mise en place en janvier 2005 en même temps que le démarrage du système de partage des coûts.
- 'fiches de référence et de rétro-information' de 2004 à 2006. Ces fiches ont été standardisées pour toutes les structures sanitaires du district

(publiques comme privées) et mises en circulation en février 2004. Elles permettent la continuité des soins par le suivi de l'information sur la patiente lors des évacuations.

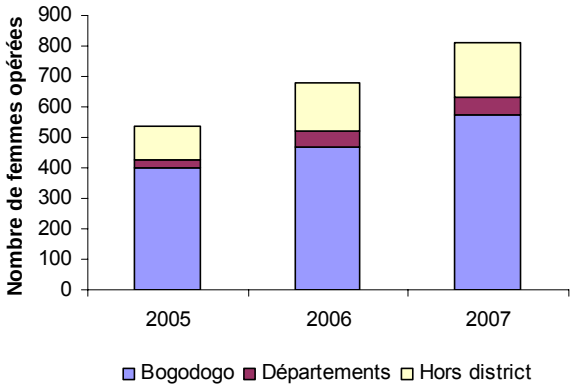
Résultats

UTILISATION

Origine des bénéficiaires

La majorité des femmes opérées proviennent de l'aire de responsabilité du district du secteur 30. Sur les 808 interventions obstétricales majeures en 2007, 22% des femmes étaient hors-district. La progression du nombre d'interventions pour les femmes du district a été de 23% entre 2005 et 2006 et de 20% entre 2006 et 2007, ce qui est largement plus que l'accroissement général de la population situé autour de 6,6 % (Figure 3).

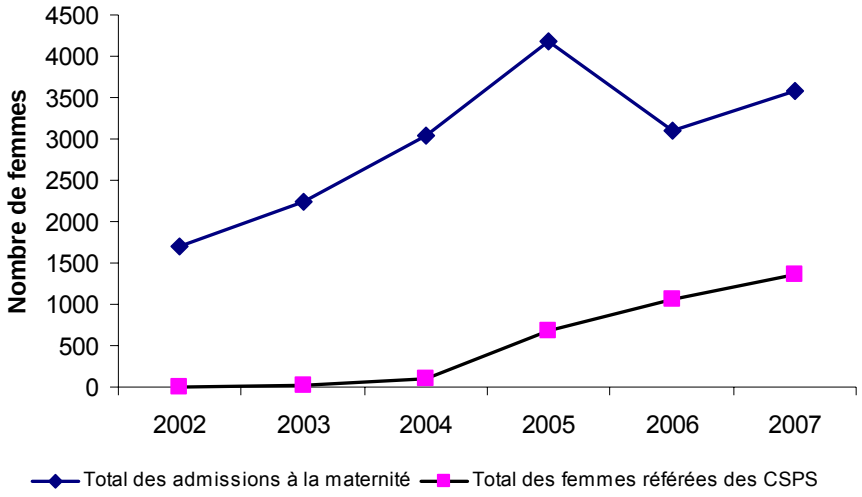
Figure 3. Effectif et provenance des femmes opérées pour une intervention obstétricale majeure au CMA entre 2005 et 2007



Référence

On a noté dès 2005 une nette augmentation des références en urgence des CSPS du district vers le CMA du secteur 30. Cette tendance s'est poursuivie en 2006 et en 2007, faisant du CMA un véritable centre de référence : de 16% de l'ensemble des admissions en 2005, les patientes référées représentaient 38% en 2007 (Figure 4).

Figure 4. Admissions totales et références reçues à la maternité du CMA de 2002 à 2007



Couverture d'accouchements assistés

La couverture des accouchements assistés au niveau du district du secteur 30 qui était de 66,2% en 2003, n'a cessé d'augmenter. En 2007, elle était de 86,5%.

Couverture des besoins maternels en interventions majeures

Par rapport à la population du district du secteur 30, les taux d'interventions obstétricales majeures (pour 100 naissances attendues) ont augmenté rapidement les trois premières années pour revenir à un niveau moyen de 2,8%. Entre 2003 et 2007 le taux d'interventions obstétricales majeures a été multiplié par 2,4 en milieu rural (de 0,34% à 0,81%) et 1,4 en milieu urbain (2,69% à 3,81%).

Le taux d'interventions obstétricales majeures pour indications maternelles absolues était inférieur à 1% avant l'ouverture du bloc opératoire 24h/24h fin 2004. Le pic observé en 2005 (année de démarrage du système de partage des coûts) est expliqué par une décision de césarienne plus fréquente en cas de suspicion de dystocie fœto-pelvienne (Figure 5). Le CMA réalise depuis 2005 la majorité des interventions obstétricales majeures pour les femmes du district : 78% en 2007 contre au 8% en 2003 (Figure 6).

Figure 5. Evolution du taux d'Interventions Obstétricales Majeures pour les femmes du district du secteur 30

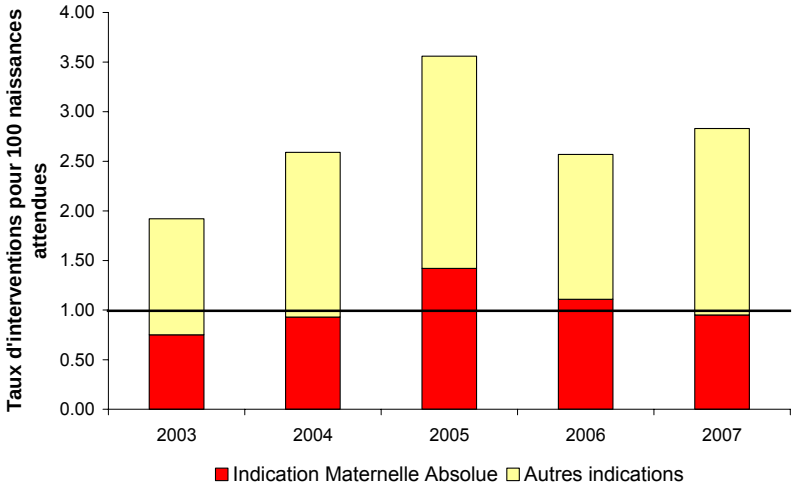
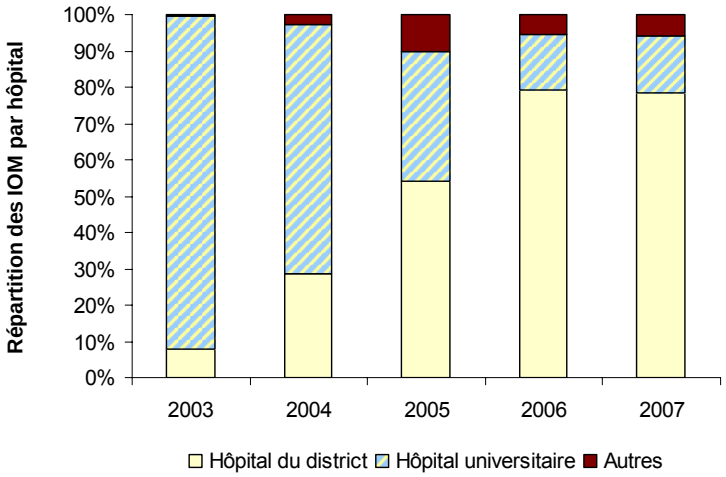


Figure 6. Proportion des Interventions Obstétricales Majeures réalisées par hôpital pour les patientes du district du secteur 30, 2003-2007



EFFETS SUR LA QUALITE DES SOINS

Rationalisation des soins

La mise en place du système de partage des coûts a eu un effet sur la rationalisation des soins. Tous les gynécologues intervenant au CMA ont dû se mettre d'accord sur le contenu d'un kit opératoire qui contient essentiellement des produits génériques délivrés par la CAMEG. La technique opératoire de la césarienne de Misgav Ladach (Holmgren *et al.* 1999) a été promue au sein des opérateurs ainsi que les protocoles de soins postopératoires (ablation de la sonde urinaire à J1, lever et alimentation précoce, sortie à J4 en l'absence de complications). La mise en place de fiches individuelles de prescription a permis de suivre au plus près les coûts réels de la prise en charge d'une césarienne. Une augmentation du coût des soins postopératoires par exemple donne lieu à une analyse des prescriptions et une réunion de concertation avec l'équipe infirmière du service post-opéré. Cela a eu lieu une fois en 2006 et une fois en 2007. Cette augmentation coïncidait avec l'arrivée de nouveau personnel infirmier au post-opéré.

Morbidité et létalité post-césarienne

De 2005 à 2007, ce sont 2.022 interventions (IOM et complications hémorragiques graves du périnée et du col) qui ont été réalisées au CMA du secteur 30. Il y a eu 15 décès au cours des trois ans en per ou postopératoire et 10 reprises de paroi pour lâchage de suture, trois reprises pour hémorragie postopératoire à J0 et 10 suites opératoires compliquées d'endométrite et/ou de suppuration de paroi (dont 4 ont nécessité une ré-hospitalisation) (Tableau 4) .

Tableau 4. Décès per ou postopératoire

Causes du décès per ou postopératoire (Césariennes, GEU, Déchirures graves du col)	**2005 n=536**	**2006 n=678**	**2007 n=808**
Hémorragie	1	5	5 *
Infection	1	0	0
Accident transfusionnel	1	0	0
Eclampsie	0	2	0
Total	3	7	5
Létalité post-intervention	0,56%	1,03%	0,62%

*(4 césariennes + 1 suture du col)

La mortalité périnatale précoce (<24h) per ou post-césarienne est passée de 3,6% en 2005 à 2% en 2007 tous types de césarienne confondus et de 4% à 2,2% pour les césariennes en urgence.

VIABILITE FINANCIERE

Si on fait le total des trois ans, il y a un recouvrement de 79% au niveau des COGES. Quant aux patientes, la proportion de recouvrement est passée de 90% en 2005 à 97,7% en 2007. Neuf indigentes ont été prises en charge en 2007 contre vingt en 2006 avant le passage aux 6.000 CFA.

Le salaire de l'agent de recouvrement qui assure de la bonne marche du système a pu être pris en charge par le système. Les frais de gestion du système ne représentent que 3% du coût total du forfait.

La viabilité financière du système dépend de plusieurs paramètres : l'estimation du nombre attendu d'interventions obstétricales majeures chez les femmes du district par année ; le respect des protocoles de prescriptions par les prestataires ; le paiement des contributions par les différents acteurs du système.

Les estimations des césariennes attendues déterminent les contributions demandées à chaque acteur. Si l'estimation est dépassée, le système se retrouve en déficit. Ces estimations ont toujours été réévaluées et ajustées chaque année en fonction des résultats des années précédentes, si bien qu'elles n'ont jamais été dépassées. Les estimations du coût du forfait sont basées sur un protocole standardisé de soins pendant la césarienne et en postopératoire et par la prescription de génériques. Le non respect de ces règles de prescription peut générer des coûts supérieurs à l'estimation. Les plus grandes variations proviennent de la ligne des soins postopératoires (de 4.540 à 112.410 CFA). S'il arrive que pour des cas compliqués cette ligne soit dépassée, la moyenne est restée raisonnable : 13.654 FCFA pour les 3 années (16.000 CFA en 2005, 11.743 CFA en 2006 et 13.219 en 2007). Par rapport au paiement des contributions par les différents acteurs, il a été nécessaire de rappeler certains acteurs (tous les trimestres) pour qu'ils payent leur contribution. Les changements successifs d'administrateur et de gestionnaire au district et à l'hôpital ont parfois retardé certains paiements des collectivités locales, mais celles-ci se sont toujours acquittées de leur participation. Certains comités de gestion ont accusé des arriérés liés souvent à des dysfonctionnements internes du comité. Ainsi, le système de partage des coûts n'est pas déficitaire, mais il persiste des difficultés pour les

gestionnaires du district à s'approprier ce système qu'ils considèrent comme un projet et un travail supplémentaire.

PERCEPTION DES ACTEURS

Perception de la population

Dans l'enquête réalisée en juin et décembre 2005 auprès des femmes césarisées et de leur famille, il apparaissait que peu d'entre elles étaient au courant de l'existence du système de partage des coûts avant leur admission à la maternité du CMA. La plupart des femmes et de leurs proches disaient avoir reçu l'information sur le système de partage des coûts au moment où elles avaient été informées de la décision d'une césarienne. Pour d'autres, la connaissance du système avait présidé au choix de la maternité du CMA.

Les familles des femmes césarisées exprimaient leur appréciation très positive du système, et cela déjà lorsque la contribution financière demandée aux familles s'élevait à 25.000 F. *"C'est un soulagement pour les familles"*, « *ça (nous) aide beaucoup* » entendait-on dire souvent. En l'absence de ce système, faire face au coût d'une césarienne était parfois dramatique puisque les structures de soins demandaient l'acquittement de la somme avant tout début de prise en charge et que l'on ne savait jamais à combien pouvait s'élever l'opération[9]. Alors, avec surprise, les bénéficiaires constataient que *"même si tu n'as pas les moyens, tu as accès aux soins"*, innovation importante lorsque l'on sait les pratiques habituelles du paiement avant tout geste de prise en charge. *« On ne dérange pas les malades, on s'occupe vite d'eux » « ici, c'est bien, ils (personnels de santé) ne donnent pas d'ordonnance »*

"Vingt-cinq mille, c'est pas cher pour sauver deux vies ! On ne peut pas faire tout gratuit ; la santé à un prix !", disaient nos interlocuteurs même s'ils reconnaissent également qu'il est difficile dans les faits pour certaines familles de payer cette somme. Notons que certains bénéficiaires du système de partage de coûts rencontrés disent avoir vendu un bien ou fait un emprunt pour pouvoir assurer les dépenses en maternité. Il faut enfin relever ici combien les personnels étaient jugés compétents, et les soins, de bonne qualité « *Ils ne dorment pas ici, ils ne négligent pas les gens, dès que vous les appelez, ils viennent…* ».

L'effort porté sur la seule prise en charge des urgences obstétricales

[9] Des montants dépassant souvent les 100.000 F CFA étaient alors fréquemment évoqués.

semblait cependant insuffisant du point de vue des usagers. L'ASMADE, lors des réunions d'information destinées aux populations, avait relevé l'importance des demandes par rapport au système de prise en charge de la grossesse en général. Beaucoup de femmes émettaient le souhait que la consultation prénatale et la prise en charge de toutes les complications pendant la grossesse soient également subventionnées, voire totalement gratuites. En fait, l'initiative du partage des coûts venait s'agréger à celle d'une décision politique de gratuité des consultations prénatales (CPN) mais qui n'était pas alors totalement effective sur le terrain. En effet, depuis le début du système en 2005, les CPN étaient officiellement gratuites au Burkina Faso mais pas toujours en application à cause de ruptures de stocks de produits (consommables et médicaments) qui devaient normalement être délivrés gratuitement. Les agents de santé des structures périphériques ont dû prescrire ou vendre dans leur structure les produits en question, ce qui a entraîné confusion et incompréhension chez les femmes, pour lesquelles la CPN continuait d'apparaître comme payante.

Par ailleurs, nos informateurs suggéraient que les soins aux nouveau-nés après l'accouchement soient également intégrés au forfait[10].

Perception des prestataires

Dans les CSPS périphériques, et surtout dans les CSPS ruraux, les personnels de santé se montraient particulièrement satisfaits du système. Il n'y avait alors plus guère lieu de tergiverser avec la famille pour décider de l'évacuation en attendant qu'elle réunisse la somme supposée nécessaire à l'évacuation et à l'intervention. Dès lors, les personnels de structures périphériques ont pu manifestement bénéficier d'un plus grand « confort », tant pour prendre la décision d'évacuation que pour l'exécution de cette décision. Au début de la mise en place du système, il restait toujours une petite incertitude, selon nos interlocuteurs, sur le transport : certains chauffeurs, n'avaient pas toujours compris que le coût du transport était totalement inclus dans le forfait de 25.000 F, et demandaient alors aux familles d'être « motivés » pour procéder à l'évacuation. Par ailleurs, le manque de disponibilité d'ambulance pouvait amener la famille à devoir payer pour un taxi ou une voiture privée.

Pour les personnels de la maternité de référence, ce même sentiment de

[10] Les soins aux nouveau-nés ont été effectivement intégrés au forfait après la première année.

« confort » recouvré prévalait, même s'il pouvait être parfois tempéré par le risque de surcharge de travail lié au succès attendu de l'opération dans l'aire du district sanitaire. A l'instar des personnels des structures périphériques qui pouvaient désormais plus facilement décider de l'évacuation, les personnels de la maternité et du bloc opératoire pouvaient plus facilement prendre les dispositions pour une intervention chirurgicale, là encore, sans attendre le prépaiement.

Cependant, d'une manière générale, la compréhension du système par le personnel soignant a été loin d'être immédiate, et cette compréhension s'avérait d'autant plus incertaine que l'on s'éloignait du premier cercle des intervenants directs du dispositif de prise en charge des urgences. Pour certains, il a été difficile d'arrêter les vieux « réflexes ». Ainsi commencer les soins sans attendre le prépaiement de la patiente, abandonner l'habitude de prescrire pour l'achat de produits (consommables et médicaments) à l'extérieur de la structure, a dû être régulièrement réexpliqué, en particulier aux personnels nouvellement affectés ou aux stagiaires des maternités. L'adhésion au nouveau système était encore moins immédiate pour les autres personnels impliqués dans le dispositif mais non soignants : pharmaciens, laborantins, caissiers, chauffeurs, agents d'entretien, gestionnaires de l'hôpital et du district. Cette adhésion pouvait parfois être encore freinée par l'attitude de patients des centres qui leur faisaient part de leur interrogation quant aux « privilèges » accordés à ces femmes alors qu'eux-mêmes ne bénéficiaient d'aucun avantage pour leur prise en charge[11].

Perception des contributeurs

Les premiers entretiens, réalisés en juillet 2003 pendant la phase préparatoire, ont révélé que les différents représentants des collectivités locales jugeaient leur engagement financier en faveur de la santé maternelle justifié et nécessaire, mais craignaient que leurs efforts soient peu visibles et difficiles à mettre en œuvre. Ils attendaient fortement que leur contribution soit mise en avant et valorisée auprès des populations et des partenaires techniques et financiers de Ouagadougou et du Burkina. Après trois années

[11] Il convient ici de préciser que cette relative incompréhension des patients qui souffrent de problèmes de santé qui « n'entrent pas » dans un programme spécifique par rapport à ceux qui bénéficient de réductions, voire de gratuité des soins du fait de programmes subventionnés pour certaines pathologies est une observation récurrente que l'on peut faire, bien au-delà de l'expérience de ce système de partage des coûts.

de fonctionnement satisfaisant du système, les collectivités locales ont maintenu leur participation et disent en retirer des bénéfices plus nombreux que ceux escomptés au départ. Lors des entretiens de décembre 2007, ils exprimaient largement leur satisfaction de « *faire quelque chose de concret et de pratique pour la santé des femmes* », qui contribue à l'atteinte de leurs objectifs en matière d'accès à la santé, domaine dans lequel ils ont maintenant un mandat. Ils insistent aussi sur le fait qu'ils comprennent bien le système et surtout qu'ils savent où va l'argent et à quoi il sert vraiment. Plus spécifiquement, le maire de Ouagadougou est resté motivé par l'espoir que le système soit étendu aux autres districts sanitaires qui couvrent la ville et puisse ainsi bénéficier à toutes les femmes et les familles de Ouagadougou.

La maire de Bogodogo, représentant l'arrondissement urbain dont la population est entièrement concernée par le système, est convaincue par la pertinence de l'initiative pour les femmes de sa commune et ne reviendrait plus en arrière. Elle souligne également que le système *« permet de décharger le service d'action sociale communal de la gestion individuelle des indigentes en cas d'urgence obstétricale »* car le système de partage des coûts à ses yeux permet de les prendre en charge globalement - et sur des critères définis- et est plus efficace que les mécanismes habituels d'aide sociale de la commune. Les préfets ont vu dans le projet l'occasion d'agir concrètement et de façon pratique pour les populations de leur circonscription. Le système de partage des coûts leur a donné l'occasion de se positionner pour la santé, d'inscrire la lutte contre la mortalité maternelle dans leur plan d'action et leur demande de ressources auprès du Haut Commissariat qui, lui aussi mobilisé, a suivi. Leur implication financière et leur participation aux instances de pilotage, au même titre que les autres acteurs, leur ont assuré un rôle de garant légitime du système et de la qualité des soins et des formations sanitaires dans leur zone.

En ce qui concerne les COGES, autres contributeurs du système, les demandes pour plus d'information sur le système et plus d'explication sur les budgets sont récurrentes. Ce point est ressorti à chaque réunion. Les COGES qui sont à jour de leur contribution demandent que les responsables du système soient plus sévères avec les non payeurs et les retardataires, *« certains n'ont rien payé et pourtant leurs femmes bénéficient du système »*[12]. Les retardataires ou mauvais payeurs réclament régulièrement que

[12] Il est important de souligner que le choix a été fait en début de projet de ne pas pénaliser les

leurs dettes soient effacées d'une année sur l'autre. Même si l'argent des COGES provient de la vente des médicaments génériques et doit être normalement investi pour la santé de la population, la contribution trimestrielle pour le système de partage des coûts est perçue comme un manque à gagner sur leurs bénéfices. Les COGES n'ont pas utilisé leur contribution au système de partage des coûts comme une valorisation auprès de leur communauté et n'ont pas été un relai d'information du système, contrairement aux collectivités locales.

Discussion

Le bilan des trois années de mise en œuvre a été dans l'ensemble positif si on compte l'augmentation de la couverture en accouchements assistés et césariennes, l'équilibre financier du système et la satisfaction des familles.

FACTEURS QUI ONT PERMIS LA BONNE MISE EN ŒUVRE DU SYSTEME DE PARTAGE DES COUTS

Si on analyse les clés du succès on peut citer en premier lieu le soin patient apporté à la phase préparatoire qui a permis de mobiliser les acteurs politiques et les comités de gestion des centres de santé et d'obtenir leur engagement financier. Le système a également bénéficié d'une implication des autorités sanitaires: la Direction de la Santé de la Famille a toujours soutenu les approches de partage des coûts depuis leur création en 2001 dans les districts de l'Est (Ministère de la Santé 2005b). La Direction Régionale du Centre a été présente dans toutes les étapes de la mise en œuvre et le Directeur Régional de la Santé s'est personnellement impliqué et a assisté à tous les comités de suivi du système de partage des coûts. L'équipe cadre du district tout en s'appuyant sur l'expérience acquise par l'UNICEF dans les districts ruraux (Nacoulma *et al.* 2003) a su adapter le système au milieu urbain en ralliant les structures confessionnelles et les collectivités locales au partage des coûts et en introduisant ses propres outils de suivi (fiche individuelle de prescription). Le système a été soutenu par une meilleure gestion des ressources humaines (réunion d'équipes, redéploiement du personnel entre les différents services). Enfin le suivi

femmes des COGES qui ne seraient pas à jour comme cela se fait dans d'autres expériences de partage de coûts au Burkina.

régulier des prescriptions a permis de rationaliser les soins et de réduire le coût de la prise en charge. Les estimations prévues au démarrage ont ainsi pu être respectées et la viabilité financière a pu être assurée.

DIFFICULTES RENCONTREES DANS LA MISE EN ŒUVRE

Assurer des soins obstétricaux d'urgence de qualité 24h/24

Une des premières difficultés a été d'assurer les soins obstétricaux d'urgence 24h/24 et de garantir l'offre de soins promise dans le forfait sur toute l'année. Ainsi des ruptures de stock au niveau du dépôt pharmaceutique de l'hôpital ont parfois obligé les infirmiers à faire des ordonnances pour des pharmacies privées (ocytocine, fils de suture). Le bloc opératoire a aussi connu des dysfonctionnements (rupture d'oxygène, de produits anesthésiques, stérilisateur en panne) qui ont parfois suspendu l'activité et obligé les soignants à transférer les femmes au CHU pour les interventions chirurgicales. La difficulté de gestion des stocks et de maintenance du matériel est un problème récurrent. Il faut noter que dans la majorité des cas, les ruptures de stock au niveau du CMA étaient liées à des ruptures au niveau national de la centrale d'achat des médicaments génériques. C'est parfois le personnel soignant qui peut aussi manquer. Ainsi les nombreuses formations, voyages d'étude, missions de supervision proposés aux médecins viennent perturber le planning de garde et compromettre la permanence des soins. Il a fallu faire appel à des opérateurs externes certains mois de l'année, ces frais de vacations ne sont pas supportables par le système s'ils se généralisent. En 2007, le CMA ne disposait plus de stock de sang pour des transfusions en urgence à cause de la création du centre national de transfusion sanguine et de la nouvelle règlementation en matière de circulation des produits sanguins.

Une dernière difficulté est la capacité d'accueil restreinte de la maternité qui bientôt ne pourra plus répondre à l'augmentation de l'activité. En effet le CMA du Secteur 30 draine les populations des districts environnant car leurs CMA ne possèdent pas de bloc fonctionnel en permanence (22% des femmes opérées en 2007 étaient hors-district).

Adhésion du personnel au système

La deuxième difficulté concerne l'adhésion du personnel soignant au système de partage des coûts. D'une manière générale, de toute évidence, la mise en place de ce système est synonyme d'un contrôle plus strict des flux

monétaires plus ou moins importants se rapportant au transport, à l'achat et à l'utilisation des médicaments et des consommables, aux examens pratiqués, aux gestes médicaux ou non médicaux, mais aussi à une exigence accrue de disponibilité des produits, des matériels et des personnels. La mise en place de ce système a par ailleurs été accompagnée par une plus grande attention apportée aux plaintes des patientes et de leur famille, dans le cadre d'un autre volet du projet AQUASOU[13] (Richard *et al.* 2009). De nombreuses études ont montré les petits arrangements que s'autorisaient les personnels des structures de soins (soignants ou non) en Afrique subsaharienne pour augmenter leurs revenus et compenser un peu des salaires souvent très bas (Ferrinho & Van Lerberghe 2000, Jaffré & Olivier de Sardan 2003, Van der Geest 1982, Fassin 1992, Cresson & Schweyer 2000). Ces « petits arrangements » vont de la réalisation de plusieurs occupations qui réduisent le temps de travail consacré au poste occupé dans la structure, à du petit commerce réalisé dans la structure qui ne prête pas nécessairement à conséquence, jusqu'à des détournements, des reventes de médicaments et de consommables, ou des demandes explicites aux patients à être « motivé » pour commencer à effectuer le premier geste de prise en charge. Contrôle accru signifie aussi, par voie de conséquence, manque à gagner pour les personnels de la structure. Ce manque à gagner par l'introduction des meilleures pratiques n'a pas été compensé financièrement. Les différents acteurs fondateurs du partage des coûts n'ont pas souhaité en effet introduire d'indemnités, jugeant que le travail demandé au personnel ne dépassait pas leur description de poste et qu'il existait déjà des primes officielles destinées au personnel liées à l'activité du service versées par le CMA[14]. Une telle position, tout à fait légitime, est-elle susceptible à long terme de maintenir l'adhésion des personnels au système ? Question qui peut se poser d'autant plus que certains programmes verticaux orientés vers la prise en charge de pathologies spécifiques, programmes parfois lourdement subventionnés, proposent des primes aux personnels impliqués dans ces programmes.

[13] En particulier par la mise en place d'audits des complications obstétricales sous la forme de revue de cas qui étaient notamment accompagnés par le recueil du « vécu » de l'expérience par la femme et sa famille.

[14] Il existe une disposition qui permet de rétribuer une partie des recettes issues de la tarification des actes en général au personnel soignant selon leur catégorie professionnelle et de façon trimestrielle.

DISPARITE URBAIN-RURAL

Les résultats nous montrent que le taux d'interventions obstétricales majeures pour la partie rurale du district est inférieur à celui de la partie urbaine. On peut évidemment se poser la question de l'accessibilité géographique ; les préfets des trois départements pensent eux que la population de leurs départements ruraux a été surestimée. Les chiffres utilisés sont des projections du dernier recensement qui date de 1996 (Ministère de la Santé 2001b). Une autre pratique qui pourrait relativiser ce chiffre bas est qu'il est fréquent en fin de grossesse pour les femmes de rejoindre leurs familles ou belles-familles en ville pour se rapprocher de l'hôpital en cas de problème. Les femmes déclarent alors leur adresse au moment de l'admission et non celle de leur village d'origine.

MOBILISATION DES COMMUNAUTES

L'ASMADE a organisé 146 réunions d'informations dans tout le district qui ont touché directement 14.000 personnes. Les présidents des COGES et les ICP ont participé à plusieurs réunions sur le partage des coûts organisées par l'Equipe Cadre. Mais force est de constater que les groupes cibles : associations de femmes, leaders, membres de COGES n'ont pas forcément répercuté l'information auprès des bénéficiaires directes, les femmes enceintes. Les ICP de la même façon n'ont pas nécessairement formé l'ensemble du personnel de leur centre de santé sur le fonctionnement du système. Il faut préciser que ce manque de rétro-information de la part des responsables vers leur équipe n'est pas spécifique au système de partage des coûts, mais un problème général et récurrent que ce soit pour les ICP ou les présidents des COGES. Lors des supervisions, l'équipe cadre a pu mesurer ce manque de communication au sein de l'équipe. Lors d'un comité de suivi, où ces résultats ont été présentés, les différents acteurs ont décidé de changer de stratégie et de mettre l'accent directement sur les sages-femmes et les accoucheuses auxiliaires des CSPS qui peuvent donner l'information aux femmes pendant les consultations prénatales (CPN). Cette campagne a été relayée par des affiches au niveau des salles d'attente des CPN et des émissions radio.

AVENIR DU SYSTEME DE PARTAGE DES COUTS DANS UN CONTEXTE EN CHANGEMENT

Depuis que le système de partage des coûts a été instauré, beaucoup d'éléments du contexte administratif et politique ont changé au Burkina : une subvention nationale pour les accouchements et les soins obstétricaux est entrée en vigueur en octobre 2006, les communes rurales sont venues s'ajouter aux acteurs du partage des coûts en 2007 suite au processus de décentralisation en cours au Burkina Faso, la population cible du district a changé en 2008 suite au redécoupage sanitaire de la région sanitaire du centre. Tous ces changements auraient pu déstabiliser la dynamique lancée en 2004, sans compter la clôture du projet AQUASOU en mars 2006 qui avait appuyé le démarrage de ce système. Malgré tout ça, le système continue aujourd'hui et a su intégrer les différents changements. La décision politique de subventionner à 80% les accouchements, les complications et les césariennes, entrée en vigueur depuis le 1er octobre 2006, a permis de baisser encore plus les coûts directs pour les familles, 6.000 CFA pour une prise en charge de la mère et l'enfant pour une césarienne. Les différents acteurs ont renouvelé leur convention de partenariat avec le district du Secteur 30. Le futur du système de partage des coûts est difficile à prédire puisque les négociations des conventions se font annuellement avec les différents acteurs. Il est important de noter que l'expérience du district sanitaire du secteur 30, en particulier le suivi des prescriptions lors de la prise en charge, a été utilisée par le Ministère de la santé pour rédiger son guide de procédures et les outils de mise en œuvre de la subvention nationale.

Les efforts fournis par l'équipe du district du secteur 30 ont été reconnus pas tous et le district a reçu le prix du premier district en 2007, décerné par le Ministre de la Santé. Cependant cette reconnaissance ne se traduit pas dans l'allocation budgétaire aux hôpitaux. Le CMA du secteur 30 doit faire face à une augmentation croissante des coûts de fonctionnement du bloc opératoire liée à l'augmentation de l'activité chirurgicale : maintenance des appareils, du groupe électrogène, etc. En 2007, les frais de fonctionnement du bloc ont coûté 30 millions de CFA (45.800 €) à l'hôpital. Le CMA du secteur 30 se situe actuellement en 3ième position au niveau national en matière d'activité chirurgicale après les deux hôpitaux nationaux, mais ne reçoit pas plus de crédits délégués de l'Etat pour son fonctionnement que les autres hôpitaux de district. L'activité opératoire et le système de partage des

coûts ne pourront pas continuer si les crédits alloués au fonctionnement n'augmentent pas.

Encadré 2. Leçons apprises

Points forts du système	• l'amélioration de l'accessibilité aux SONU • l'organisation de la référence • la mise en place des SONU complets au CMA • une meilleure participation communautaire • l'implication des élus locaux dans la résolution des questions de santé • l'instauration d'une dynamique d'équipe dans la mise en œuvre des SONU • la mise en place d'une approche multisectorielle dans la résolution des questions de santé maternelle
Points à améliorer	• la stabilité des COGES, la formation des responsables sur leurs missions • la participation des collectivités locales • les équipements de la maternité du CMA • le nombre de prestataire (gynécologues obstétriciens, sages femmes) • la mise en place de protocoles adaptés aux moyens disponibles

Conditions de lancement d'un tel système	• Volonté politique et engagement financier des collectivités locales • Effectivité de la décentralisation (textes existants et capacités décisionnaires et financières des collectivités). • ECD très engagée • COGES très engagés • CMA fonctionnel - Equipement - Personnel soignant au complet pour assurer les soins en continue - Gynécologues obstétriciens disponibles et engagés dans le processus avec en particulier un chef de service motivé - Mise en place du dossier obstétrical - Mise en place de protocoles de soins - Organisation de staff quotidien - Dépôt pharmaceutique fonctionnel et bien géré - Un agent de recouvrement pour le suivi au quotidien des dépenses de santé - Une sage femme opératrice de saisie pour l'enquête UON • Un relais par une ONG locale pour la mobilisation sociale
Conditions de pérennité	• la participation effective des acteurs à travers la participation financière et la présence aux réunions • la tenue effective des rencontres statutaires • la présentation d'un bilan financier complet et compréhensible
Conditions de passage à l'échelle (autres districts de la ville de Ouagadougou)	• Améliorer l'offre de soins dans la structure de référence (personnel, équipements, protocoles,) • Impliquer l'ensemble des détenteurs d'enjeu du district (maires, ONGs, ICP, COGES etc.) • Identifier une structure relais pour la mise en œuvre de la stratégie de communication
Avantages du système de partage des coûts	• Barrières financières à l'accès aux IOM levée
Désavantages	• Phénomène d'attraction qui augmente la charge de travail sans compensation du personnel pour le manque à gagner lié au contrôle des coûts (demande de mutation du personnel)

Conclusion

Ces 3 années de mise en œuvre ont eu le mérite de prouver qu'un tel système de partage des coûts pouvait être adapté au milieu urbain avec le soutien de nouveaux acteurs: les collectivités locales et les structures privées confessionnelles. Les aspects techniques de santé publique ont été soutenus par une forte mobilisation politique et la durée de la phase préparatoire a permis aux différents acteurs de s'approprier le système. Une des clés du succès a été sans doute l'approche participative et pluridisciplinaire qui a été adoptée pendant la phase préparatoire et tout au long de la mise en œuvre ainsi que le suivi rigoureux du système. De nouveaux canaux de mobilisation communautaire doivent être envisagés et mis en place pour toucher encore plus d'usagers. L'expérience du partage des coûts dans le district sanitaire du secteur 30 est prometteuse mais demande à être suivie de près pour voir son évolution dans le temps. En effet le contexte qui a permis le développement de ce système (chef de service engagé, soutien des autorités sanitaires et politiques, assistance technique de partenaires internationaux) n'est pas quelque chose d'acquis pour toujours. Les différents acteurs doivent se prononcer chaque année sur la suite du système et les conventions sont signées pour un an. Le système de partage des coûts, s'il est promu par le Ministère de la Santé, n'est pas quelque chose d'obligatoire et 10 districts sur 55 avaient un système en place avant l'instauration de la subvention nationale des soins obstétricaux d'urgence. Le district sanitaire du secteur 30 a su s'adapter aux nouvelles données de la politique nationale pour en faire bénéficier les femmes et baisser le prix de la césarienne en dessous des prix officiels (6.000 CFA au lieu des 11.000 CFA), mais il est difficile de prédire quel impact aura cette subvention nationale sur les autres systèmes de partage des coûts au Burkina.

Remerciements

Nous remercions le Ministère des Affaires Etrangères français pour son soutien financier dans le cadre du projet AQUASOU. Nous tenons également à remercier l'équipe du CMA du secteur 30 et en particulier toutes les équipes soignantes des maternités ainsi que le personnel du bloc opératoire pour leur engagement. Nous remercions Dr Dominique Dubourg

(IMT) pour l'analyse des données de l'étude des besoins non couverts en obstétrique.

L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT) a apporté son soutien technique à l'Equipe Cadre de district dans la mise en place du système de partage de coûts et des mécanismes d'amélioration de la qualité des soins. L'IRD a réalisé les études socio-anthropologiques, Equilibres & Populations (E&P) a contribué avec l'ASMADE à assurer la mobilisation des collectivités locales et de la société civile autour du projet AQUASOU.

Références

AQUASOU, Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'urgence (2003) Compte-rendu de la première réunion de consensus, Composante 2, Ouagadougou, Burkina Faso.

AQUASOU, Programme d'Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'urgence (2004) Compte-rendu de l'atelier technique sur le partage des coûts pour les urgences obstétricales dans le district sanitaire du secteur 30, Composante 2, Ouagadougou, Burkina Faso.

Bicaba A., Ouédraogo JG & Ki Ouédraogo S (2004) *Gouvernance, équité et santé. Politiques de santé et équités en Afrique de l'Ouest. Accès aux urgences chirurgicales et équité*. Association Burkinabé de Santé Publique (ABSP). Centre de Recherche pour le Développement (CRDI). Université de Montréal, Rapport final.

Cresson G & Schweyer FX (2000) *Les usagers du système de soins*, Éditions ENSP (Collection recherche, santé, social), Rennes.

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

Fassin D (1992) L'anthropologie et la santé publique : réflexions à partir de quelques expériences, in *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*; Anthropologie médicale appliquée au développement et à la Santé, Toulouse, Amades, **92**, 9-24.

Ferrinho P & Van Lerberghe W (2000) Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, **16**, Anvers, ITG Press.

Holmgren G, Holm LS & Stark M (1999) The Misgav Ladach method for a caesarean section: method description. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **78**, 615-21.

Jaffré Y & Olivier de Sardan JP (2003) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

La Concertation (2004) *Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique: synthèse des travaux de recherché dans 11 pays*. La concertation, Dakar.

Ministère de l'Economie et du Développement, INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie) (1998) *Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages 1996*, INSD, Ouagadougou.

Ministère de l'Economie et du Développement, INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie) (1999) *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 1998/1999*, INSD, Ouagadougou.

Ministère de l'Economie et du Développement, INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie) (2003) *Enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages*, INSD, Ouagadougou.

Ministère de l'Economie et du Développement, INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie) (2005) *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2003*, INSD, Ouagadougou.

Ministère de la Santé (2000) *Politiques et normes de services de santé de la reproduction*. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou, Burkina Faso.

Ministère de la Santé (2001a) *Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010*. Burkina Faso.

Ministère de la Santé (2001b) *Projections de populations des districts de la région sanitaire de Ouagadougou pour la période 2000-2005*. Région du Centre, Direction régionale de la santé du Centre, Ouagadougou.

Ministère de la Santé (2004) *Plan Stratégique pour une Maternité à Moindre Risque 2004-2008*. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou, Burkina Faso.

Ministère de la Santé (2005a) *Annuaire statistique 2004*. Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification, Ouagadougou.

Ministère de la Santé (2005b) *Cadre Conceptuel pour la mise en place de système de partage de coûts*. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou.

Ministère de la Santé (2005c) *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso*. Direction de la Santé de la Famille, Ouagadougou.

Ministère de la Santé (2006) *Plan d'action du district sanitaire du secteur 30*. Région Centre, Direction Régionale du Centre. Burkina Faso, Ouagadougou.

Nacoulma D, Belemviré S & Djiguemdé AP (2003) Un partenariat pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins d'urgence : « les communautés s'impliquent », Communication aux 10ème Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso.

Richard F, Ouédraogo C, Zongo V, Ouattara F, Zongo S, Gruénais ME & De Brouwere V (2009) The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* **116**, 38-44

Su T, Kouyaté B & Flessen S (2006) Catastrophic household expenditure for health care in a low income society: a study from Nouna district, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, **84**, 21-7.

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

Van der Geest S (1982) The efficiency of inefficiency. Medicine distribution in south Cameroun. *Social Science & Medicine,* **16**, 2145-53.

Chapitre 3 : Le forfait obstétrical en Mauritanie

La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie

Philippe Renaudin[1,2], Mohamed Ould Abdelkader[3], Sidi Mohamed Ould Abdelaziz[4], Mohamed Ould Mujtaba[5], Mohamed Ould Saleck[6], Charles Vangeenderhuysen[7] & Alain Prual[8]

Résumé

La limitation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour des raisons financières est une des causes des ratios élevés de mortalité maternelle dans les pays en développement et particulièrement en Mauritanie. La mutualisation du risque telle qu'elle est réalisée par le forfait obstétrical permet à toutes les femmes enceintes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse pour la somme de 22 $US soit deux à dix fois moins que dans les autres maternités du service public. Les complications et les interventions chirurgicales en rapport avec la grossesse sont incluses dans l'offre de service. Outre la facilitation de l'accès aux soins, cette stratégie a pour objectifs l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence et l'assurance de meilleures conditions de travail pour les prestataires.

Après cinq années d'expérience dans la capitale et plus de deux ans dans trois régions rurales, l'impact est très positif : on constate dans les quatre zones, grâce à une adhésion massive de la population, une augmentation croissante du nombre de prestations ayant abouti dans les zones rurales à un

[1] Programme national de Santé de la Reproduction, Nouakchott, Mauritanie.
[2] Agence française de Développement. Email: philippe_renaudin@yahoo.fr (la correspondance doit être adressée à cet auteur).
[3] Médecin chef de la maternité de Sebkha, Nouakchott, Mauritanie.
[4] Médecin chef de la maternité de l'hôpital de Kiffa, Mauritanie.
[5] Médecin chef de la maternité de l'hôpital de Néma, Mauritanie.
[6] Médecin chef de la maternité de l'hôpital d'Aïoun, Mauritanie.
[7] Gynécologue-obstétricien Praticien hospitalier, France.
[8] UNFPA, Dakar, Sénégal.

doublement du taux d'accouchements assistés. Le taux d'impayés est inférieur à 0,1% et le système totalement autonome une fois les investissements de départ réalisés. La gestion est assurée par un comité mixte usagères/prestataires/élus locaux, garantissant une transparence exemplaire. Ces premiers résultats ont incité le Ministère de la Santé à faire de la généralisation du forfait obstétrical une de ses priorités en fixant comme objectif une couverture de 80% du territoire d'ici 2010.

Mots-clefs : Mortalité maternelle, accès aux soins, soins obstétricaux d'urgence, mutualisation du risque, Mauritanie.

Introduction

Chaque année, sur les 535 000 femmes qui meurent des conséquences d'une grossesse, 99% vivent dans les pays du Sud. Dans 33 pays dont 30 en Afrique, le ratio de mortalité maternelle est supérieur à 600 pour 100.000 naissances vivantes (UNFPA 2005 a), soit soixante fois plus que dans les pays occidentaux.

Survenant le plus souvent en dehors des structures de santé, ces décès sont la conséquence de complications connues (Royston *et al.* 1990), quantifiées (Prual *et al.* 2000) et évitables grâce à une assistance qualifiée à l'accouchement : dans l'enquête « Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest », 67,9% des décès sont secondaires à des causes obstétricales directes.

Dans ces pays, les femmes les plus pauvres sont celles qui présentent le risque le plus élevé: les relations entre le niveau de richesse, le taux d'accouchements assistés et le ratio de mortalité maternelle sont déjà démontrées (UNFPA 2005 b, OMS 2005 a).

Améliorer l'accès aux soins pour atteindre 80% d'accouchements en milieu sécurisé permettrait de réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 200 pour 100.000 naissances vivantes comme on l'observe dans la majorité des pays (OMS 2005 a).

Si l'accessibilité aux soins comporte des aspects géographiques ou socioculturels, pour les femmes les plus défavorisées, l'accessibilité financière est un frein considérable à la fréquentation des services de santé et peu de solutions ont été à ce jour proposées. Faute de ressources ou parfois de volonté politique, les états ne peuvent assurer la protection financière de leur

population et les plus démunies se voient contraintes soit de renoncer aux soins, soit de s'endetter lourdement pour faire face aux dépenses de santé, notamment dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence, comme l'a montré l'enquête socio-anthropologique menée à Nouakchott (Prual 2000).

En Mauritanie, plusieurs approches coexistent : dans les structures ne pratiquant pas le système du paiement au forfait, le paiement par l'usagère est lié à la prestation mais les plus nécessiteuses sont souvent exclues des soins les plus coûteux ; l'exemption de paiement pour les plus démunies a été tentée mais celles qui en profitent ne sont pas forcément celles qui en ont le plus besoin. Ailleurs, la gratuité des prestations a été testée et c'est le personnel qui se plaint du surcroît de travail et poursuit la vente des médicaments théoriquement gratuits (OMS 2005 b) ; la mise en place de systèmes de crédits communautaires et de mutuelles de santé ne concerne que des expériences limitées (Fofana 1997, Carrin 2005) avec des résultats insuffisants.

Afin de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, un système de prépaiement, nommé 'forfait obstétrical' a été initié en novembre 2002 dans deux Moughataas représentant le tiers de la ville de Nouakchott, puis étendue à une Moughataa supplémentaire à partir de mai 2004 pour devenir opérationnelle dans cinq maternités, couvrant ainsi les besoins de la moitié des parturientes attendues dans la capitale. Le but de ce chapitre est de décrire le forfait obstétrical, les différentes étapes de sa mise en œuvre et d'évaluer les résultats après 5 ans de mise en œuvre.

Contexte

La Mauritanie, pays ouest-africain semi-désertique de 2,8 millions d'habitants, fait partie des vingt pays les moins avancés en terme de développement sanitaire : les dépenses de santé représentaient en 2002 2,9 % du PIB soit 10 $US par habitant ; les dernières enquêtes réalisées montrent un ratio de mortalité maternelle de 747 décès pour 100.000 naissances vivantes (MAED/MSAS EDSM 2001), une mortalité néonatale de 40‰ et une mortalité infanto-juvénile de 123‰ (MAED/ONS EMIP 2004).

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif ; il est de type pyramidal et comprend trois niveaux : le niveau central est représenté par le Ministère de la Santé ; le niveau intermédiaire

est constitué par les Directions Régionales de l'Action Sanitaire (DRAS) situées dans les 13 capitales de Wilayas (régions) ; le niveau périphérique constitué des circonscriptions sanitaires de Moughataa (département) regroupe les centres et les postes de santé. Certains hôpitaux régionaux bénéficient d'une autonomie de gestion, les autres sont sous la responsabilité des DRAS.

A Nouakchott, la capitale de 558 195 habitants (MAED/ONS 2002), les accouchements ont lieu à 90% dans les maternités du secteur public (MAED/ONS EMIP 2004); les 10% restant se répartissent entre le secteur privé et l'accouchement à domicile. La ville est découpée en 9 Moughataas et abrite par ailleurs les deux hôpitaux de référence du pays.

Malgré la présence de sages-femmes en quantité suffisante dans les structures de santé des différents niveaux, la qualité des soins est notoirement insuffisante, que ce soit en termes d'accueil et de comportement général avec les patientes ou dans le respect des normes et procédures diagnostiques et thérapeutiques.

Les frais engendrés par la prise en charge de la grossesse sont entièrement à la charge des parturientes puisqu'il n'existe dans le pays aucun système de protection sociale, à l'exclusion du corps des fonctionnaires dont les frais de santé sont couverts par l'Etat. Le système de recouvrement des coûts existant est basé sur la vente avec bénéfice des médicaments essentiels. La répartition des primes pour le personnel est tellement complexe qu'elle permet une opacité absolue du système de gestion. De plus, les très fréquentes ruptures de stock imposent le plus souvent aux patientes l'achat des médicaments et consommables dans les pharmacies privées à des prix prohibitifs, retardant d'autant l'application des décisions thérapeutiques en cas d'urgence. L'absence d'organisation d'un système public de référence rend obligatoire le recours aux transports privés et le comportement de certaines catégories de personnel contribue par les bakchich imposés à augmenter de façon conséquente le tarif officiel. Ces frais sont bien entendu variables selon le type de surveillance, la structure de santé fréquentée et le personnel impliqué : de 32 $US en moyenne pour une grossesse et un accouchement non pathologiques à 333 $US pour une césarienne (Prual 2000). Ces coûts trop élevés pour une majorité d'usagères sont souvent responsables des retards observés dans la prise en charge des urgences au niveau de la seule maternité chirurgicale du pays située au sein du Centre hospitalier national (CHN).

LE PROJET 'MATERNITE SANS RISQUES POUR LA WILAYA DE NOUAKCHOTT '

Le forfait obstétrical a démarré à Nouakchott dans le cadre du projet « Maternité sans risque pour la Wilaya de Nouakchott » soutenu financièrement par le Ministère français des Affaires étrangères (budget de 600.000 $US) avec le soutien technique de l'Organisation mondiale de la Santé. Conçu pour participer à la baisse de la mortalité maternelle et périnatale, ce projet, piloté par la Délégation régionale à l'Action sanitaire avec l'aide de l'Assistance technique française, a privilégié une approche multidisciplinaire associant médecins gynécologues et spécialistes de santé publique, socio-anthropologues, représentants du monde politique et associatif, responsables d'ONG et partenaires au développement afin d'aborder l'ensemble des déterminants de la mortalité maternelle et périnatale.

Ainsi plusieurs activités ont été menées :

- les équipements de base ont été livrés dans toutes les maternités,
- les médecins et les sages-femmes ont bénéficié d'une formation de recyclage en soins obstétricaux d'urgence
- des outils de travail et de surveillance ont été élaborés (Vangeenderhuysen *et al.* 2001)
- un bloc opératoire a été construit et équipé dans le Centre de Santé le plus fréquenté afin d'en faire la maternité de référence des urgences
- une enquête socio-anthropologique a permis de mieux cerner les relations usagères - prestataires et de mieux connaître le circuit thérapeutique des parturientes
- un comité d'audit des décès maternels a été installé
- un système de gestion autonome a été mis en place permettant un accès financier à l'ensemble de la population quel que soit le niveau de soins requis.

Le forfait s'inscrit donc dans une approche globale visant à améliorer l'accès et la qualité des soins, il ne s'agit pas d'une démarche isolée.

Les différentes étapes d'implantation du forfait

S'il a été difficile au départ de convaincre l'ensemble des acteurs et partenaires, le soutien politique sans faille dont a bénéficié très vite cette expérience a favorisé l'adhésion de la majorité des prestataires.

De nombreuses réunions d'information ont d'abord été organisées à leur intention afin que chacun comprenne le fonctionnement du système et l'espoir qu'il représente pour une population en majorité démunie.

Le principe « pas d'accouchement sans sage-femme » a été affirmé par les conférences de consensus chargées de réaliser les protocoles ; les affectations nécessaires ont eu lieu dans les maternités concernées.

Les protocoles de prise en charge standardisés et les divers outils élaborés (dossier d'accouchement, carnets de santé mère et enfant individuels, livrets de gestion pour les médicaments, le laboratoire et l'échographie, fiches de référence, rapport mensuel d'activité et de consommation, livre de recettes ...) ont été adoptés par l'ensemble des prestataires.

Puis, dans le cadre de la mobilisation sociale confiée à une ONG nationale, les élus et les leaders communautaires ont été informés, des réunions de quartier ont été organisées et une sensibilisation porte-à-porte par des femmes-relais a permis de prendre contact avec 70% des familles.

Une charte de « bonne conduite » a été adoptée par le personnel, centrée sur la recherche de la qualité et l'abandon des bénéfices financiers illicites mais aussi sur le droit à l'information sur la gestion du forfait.

La bonne connaissance de l'activité des maternités avant la mise en œuvre du projet, l'adoption des données de l'enquête « Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest » (Prual *et al.* 2000) pour la détermination de l'incidence des principales pathologies attendues de la grossesse et la définition de la consommation des médicaments et consommables par prestation ont permis une estimation précise des besoins et du coût moyen de prise en charge d'une grossesse.

Afin de garantir dès le premier jour la disponibilité de ces produits, un fonds de roulement d'une valeur de 70.000 $US a été acquis pour un an de fonctionnement.

Un comité de suivi réunissant professionnels, élus, représentants du ministère de la santé et de la société civile et partenaires au développement a été constitué pour superviser l'ensemble du système ; sa composition a été

conçue pour garantir la transparence de gestion.

Au quotidien, c'est une structure plus restreinte nommée comité de gestion qui doit assurer la gestion.

Diverses modélisations à tarifs différents ont été testées, de 18 à 24 $US ; le tarif de 22 $US a été considéré comme le plus réaliste : il permet le réapprovisionnement des consommables, il assure au personnel des primes qui peuvent permettre de doubler le salaire si l'activité est soutenue, il reste abordable pour l'immense majorité des parturientes qui payent en moyenne, selon le tarif officiel, inférieur au coût réel, entre 14 et 33 $US pour un accouchement, et environ 200 $US pour une césarienne.

Description du système

Basé sur le principe du partage du risque, le forfait obstétrical correspond à une cotisation de 22 $US réglée en une ou deux fois par la patiente au cours de sa grossesse permettant de couvrir les frais de l'ensemble des soins en rapport avec cette grossesse, quels qu'en soient le déroulement, le mode d'accouchement et les complications immédiates éventuelles.

Toute patiente se présentant pour la première fois en consultation prénatale est informée du choix qui lui est offert et des prestations liées au forfait ; elle peut choisir le payement à l'acte et ne pas adhérer au forfait : dans ce cas, elle ne pourra plus bénéficier de ces avantages financiers pour la grossesse en cours mais les prestations offertes seront de même qualité.

Quel que soit le mode de paiement choisi, l'usagère reçoit son carnet de santé et un justificatif du règlement, document qu'elle présentera ultérieurement pour bénéficier des prestations. Dans le même temps, la sage-femme de la consultation prénatale enregistre le nom et la somme recouverte dans le livre de recettes relevé chaque mois par le gestionnaire.

Dans le cadre du forfait, sont pris en charge pour chaque grossesse quatre consultations prénatales (CPN) avec fourniture des traitements prophylactiques, un bilan biologique (taux d'hémoglobine et groupe sanguin à la première CPN, albuminurie et glycosurie à chaque CPN), une échographie au 1er trimestre, les pathologies en rapport avec la grossesse, l'accouchement normal ou compliqué y compris la césarienne, le transfert en ambulance vers la maternité de référence en cas de nécessité, l'hospitalisation et la consultation postnatale (CPPN).

Le comité de gestion prend connaissance de l'activité des services, des

informations obtenues par le monitorage et des recettes générées par le système ; il valide les commandes de médicaments et consommables et la répartition des primes et contrôle l'équilibre budgétaire.

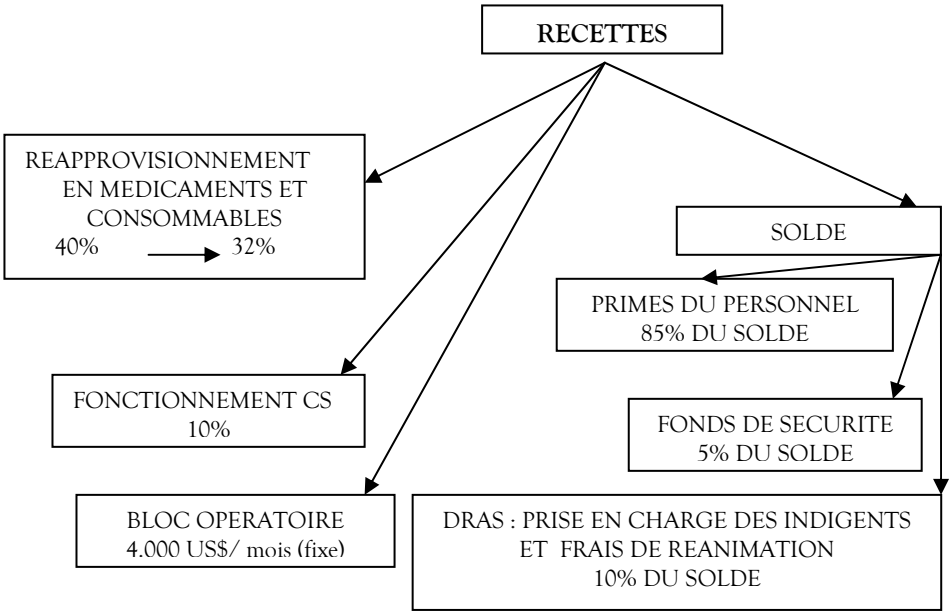
Ce travail est préparé par le gestionnaire du forfait : chaque semaine, il collecte les recettes et en vérifie la concordance avec les activités déclarées et les souches des carnets de reçu ; à la fin du mois, il présente le bilan comptable au comité et paye les primes et les frais de fonctionnement. Après l'estimation des besoins en médicaments et consommables effectuée chaque mois par le pharmacien, il paye les commandes à partir d'un compte à triple signature.

Chaque premier du jour mois, les centres de santé, en même temps qu'ils présentent leur activité, déclarent le niveau de leur stock en médicaments et consommables afin qu'il soit abondé en fonction des besoins mensuels estimés. Après chaque livraison, le stock de la pharmacie centrale est évalué et réapprovisionné; en cas de rupture de stock à la Centrale d'Achats des Médicaments et Consommables (CAMEC), fournisseur officiel du système public, il est fait appel aux grossistes privés sélectionnés en fonction du meilleur rapport qualité prix.

Les recettes générées par les cotisations doivent assurer le réapprovisionnement en médicaments et consommables, aider au fonctionnement des structures de santé en compensation de la perte des recettes sur la vente des médicaments selon l'initiative de Bamako, payer les gardes du personnel du bloc opératoire pour assurer des soins 24h/24, puis donner au personnel des maternités des primes destinées à compenser la perte des perceptions d'honoraires non officiels. Afin que la notion de qualité reste présente à tout instant chez les prestataires, 30% des primes sont attribuées en fonction de critères méritants : respect de l'hygiène, ponctualité, respect des protocoles, qualité de l'accueil.

Initialement prévu à 40% des recettes, le fond destiné au réapprovisionnement a été progressivement diminué jusqu'à 32% en 2007 compte tenu de l'amélioration de l'offre par la CAMEC (Figure 1).

Figure 1. Répartition des dépenses, forfait obstétrical mauritanien, 2007



La Direction régionale à l'action sanitaire reçoit 10% des recettes afin de rembourser les frais occasionnés par les quelques transferts inévitables en réanimation (CHN) ; ce fond sert également à prendre en charge les médicaments et consommables des patientes les plus démunies estimées à 5% des usagères.

A partir du moment où plusieurs maternités sont impliquées dans le système, les primes affectées au personnel sont fonction de l'activité de chaque structure. Un coefficient est donc attribué à chaque acte puisque tous les actes pratiqués au cours d'un suivi de grossesse ne sont pas équivalents, que ce soit en termes de difficulté technique, de responsabilité ou de temps passé. Ainsi, l'accouchement est doté du coefficient 1, la consultation et la journée d'hospitalisation 0,2, l'échographie et les examens de laboratoire 0,3. Le nombre d'actes accomplis affectés de leurs coefficients respectifs permet de calculer le nombre de points attribués à chaque

maternité puis de répartir les primes pour le personnel à partir d'une grille indiciaire définie conjointement par les responsables du système et les prestataires en fonction de la qualification.

Le comité de suivi, présidé par le Préfet de région, est le garant de la bonne gestion du système, de la transparence dans la gestion des recettes et des dépenses, de l'équité dans la répartition des primes et du respect de la charte des droits et devoirs signés par tous les prestataires.

Le monitorage, effectué par une sage femme de la DRAS et supervisé par le coordinateur du forfait, permet d'évaluer en permanence l'adhésion de la population, l'activité des maternités et la qualité des prestations offertes ; il organise le recueil systématisé des données dans toutes les maternités publiques de la ville afin de connaître la répartition géographiques des accouchements dans le but de mieux cerner la relation entre le lieu d'accouchement et le domicile ; des entretiens sont régulièrement programmés avec les usagères et les prestataires afin de recueillir leur appréciation du système. La rétro information est assurée auprès des sages femmes responsables de maternité.

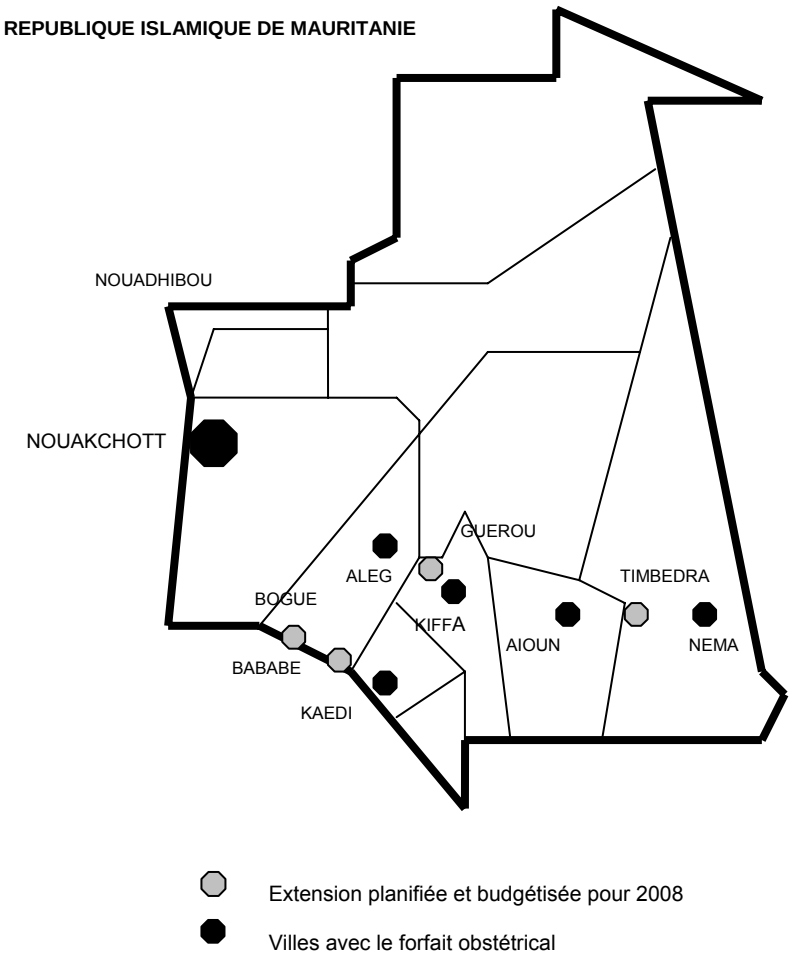
Extension du forfait

Après deux années de résultats encourageants et même si elle ne résout pas tous les problèmes, cette initiative a été considérée par le Ministère de la Santé mauritanien comme un modèle à adapter aux zones rurales. L'expérience a ainsi démarré dans plusieurs Wilayas de l'intérieur :

- le 11 mai 2005, le Ministère de la santé a décidé d'initier l'extension par les capitales régionales des trois régions de l'Est du pays : Kiffa (Assaba), Aïoun (Hodh El Gharbi) et Néma (Hodh El Chargui) représentant une population d'environ 70.000 habitants soit le tiers des trois moughataas).
- le 11 mai 2007, c'est la commune d'Aleg (15.000 habitants pour 60.000 dans la moughataa) qui a rejoint le dispositif.
- le 12 mai 2008, ce sont les villes de Kaédi (40.000 habitants) et Nouadhibou (90.000 habitants) qui ont bénéficié du programme d'extension.
- à chaque fois, était garantie la présence effective d'une équipe chirurgicale opérationnelle autour d'un gynécologue affecté 9 à 12 mois auparavant. La concordance entre l'affectation d'un spécialiste et la mise en place d'un nouveau système d'accès aux soins rend

évidemment difficile l'analyse séparée de l'impact de chaque événement … mais il ne saurait de toute façon être question de mettre en œuvre le forfait obstétrical sans système de référence adapté.

Figure 2. Carte de la Mauritanie : en noir, les villes où le forfait est implanté, en gris les extensions prévues et budgétisées en 2008



Méthodes

Nous avons évalué annuellement pour chaque site l'adhésion de la population cible au forfait, l'impact sur l'utilisation des services, la qualité des soins et la viabilité financière.

Les données quantitatives sont issues :

- des données de routine collectées à partir des rapports mensuels d'activités fournis par chaque maternité du forfait depuis la mise en œuvre
- des rapports mensuels du monitorage effectués dans toutes les maternités publiques de Nouakchott où ont été recueillies pendant 24 mois consécutifs entre 2005 et 2007 toutes les informations disponibles sur l'ensemble des femmes accouchant la première semaine de chaque mois.
- des rapports annuels de la Délégation régionale à l'action sanitaire et des hôpitaux

Les données qualitatives proviennent :

- de l'analyse des dossiers d'accouchements tirés au sort par série consécutive de cinquante dossiers dans chaque maternité forfait une fois par an ; y sont étudiés en priorité, la qualité de l'anamnèse, la recherche des signes d'infection materno-fœtale, la prise de la pression artérielle, la qualité de la réalisation du partogramme et la surveillance du postpartum (la faible fiabilité des résultats de l'étude des deux premiers items explique qu'ils ne figurent pas dans les résultats présentés).
- de l'analyse croisée des rapports d'activité mensuelle des services et des rapports de livraison et consommation des médicaments et consommables ; elle permet de comparer l'utilisation des produits par rapport aux protocoles thérapeutiques
- de l'étude des causes de référence et de la nature des complications graves de la grossesse prises en charge dans la maternité chirurgicale (rapports mensuels)
- de l'interview des usagères et des prestataires à partir d'entretiens ouverts réalisés annuellement jusqu'en 2006 par des agents extérieurs au système formés aux techniques d'enquête socio-anthropologique

Résultats

DANS LES CINQ MATERNITES DE NOUAKCHOTT

Adhésion de la population cible et utilisation des services

Le pourcentage de parturientes ayant adhéré au système de forfait dès la première CPN est passé de 90% à la fin de la première année à 98,2% en 2007 (calculé par le rapport entre le nombre de CPN1 forfait et l'ensemble des CPN1 effectuées dans les cinq maternités adhérentes au programme).

L'étude du lieu d'accouchement en structure publique par rapport au domicile donne une indication sur la confiance des femmes vis-à-vis des structures de santé (Tableau 1) : d'une manière générale, la majorité des femmes accouche dans la maternité la plus proche du domicile, mais davantage quand elles habitent la zone forfait que la zone hors forfait (81 % contre 59 % ; $p<10^{-3}$) ; 13,2 % des femmes résidant hors zone forfait accouchent dans les maternités forfait ; la majorité des 16,6% de femmes de la zone forfait qui fréquentent encore les hôpitaux de la ville le font par proximité géographique malgré les tarifs plus élevés.

Tableau 1. Répartition géographique des accouchements dans l'ensemble des maternités publiques de Nouakchott (étude réalisée sur un échantillon de 11.342 femmes recueilli à partir des rapports mensuels du monitorage entre juin 2005 et mai 2007)

	Maternités zone FO	**Maternités zone hors FO**	**Hôpitaux**
Femmes habitant zone FO n=5720	81,3%	2,1%	16,6%
Femmes habitant hors zone FO n=5622	13,2%	58,8%	28%

Comme le montre le Tableau 2, quelle que soit la prestation considérée, l'activité de l'ensemble des maternités du forfait a fortement augmenté depuis le début de l'expérience : en particulier, entre 2003 et 2007, les adhésions ont augmenté de 77,8%, et le taux d'accouchements forfait

représente désormais 77% de l'ensemble des accouchements de ces 5 maternités contre 42,4% en 2003, preuve de la confiance de la population dans ce système.

Tableau 2. Evolution des principales activités et de la part du forfait dans ces activités pour les cinq maternités 'forfait' de Nouakchott, 2001-2007

	2001**	2003***	2004	2005	2006	2007
Nb de naissances attendues	11.130	11.904	12.148	12.451	12.762	13.082
Nb d'adhésions au forfait		5.504	7.549	7.829	8.823	9.784
Nb de consultations prénatales	13.500	12.479	18.937	18.990	19.670	23.879
Nb d'accouchements effectués	6.848	9.485	11.111	12.389	11.787	12.463
% césariennes/ accouchements assistés *	1	2,8	2,6	3,5	3,2	3,3
Nb de consultations postnatales	5.890	6.772	8.227	9.224	8.650	8.720
Nb de décès maternels		10	11	16	12	8
Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 NV)	# 250*	105	99	129	102	64
% accouchements avec forfait		42,4	57,4	64,9	72	77
% activité forfait ****		58,2	72,9	78,8	83,5	86,8
% recettes provenant du forfait		59,9	70,6	71,1	76,8	81

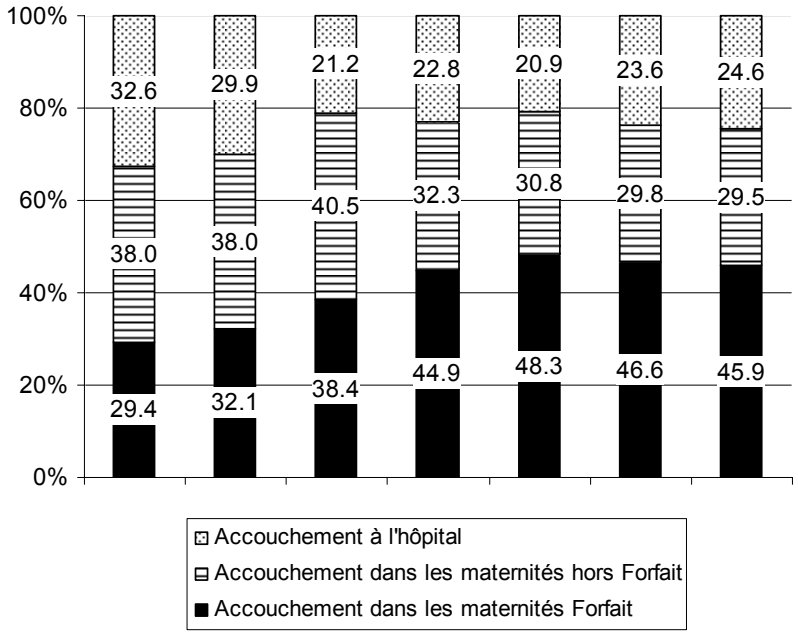
* données pour l'ensemble de la ville de Nouakchott en 2001, pour les maternités forfait les années suivantes.
** dernière année complète sans forfait
*** première année complète avec forfait
**** prestations réalisées dans le cadre du forfait par rapport à l'ensemble des prestations

Si on considère uniquement les accouchements dans le secteur public au niveau de la ville de Nouakchott, la Figure 3 indique clairement une progression des maternités de la zone forfait essentiellement aux dépens des hôpitaux qui proposent les mêmes prestations à des tarifs très différents.

En 2007, l'utilisation des services est plus fréquente pour les patientes adhérant au forfait avec un nombre moyen de consultations prénatales de

2,4 par patiente (1,7 hors zone forfait) et une couverture de consultation postnatale de 72,9% (45% hors forfait).

Figure 3. Répartition des accouchements dans les structures publiques de la wilaya de Nouakchott



Par ailleurs, le bilan biologique est réalisé dans 95,4% des cas et l'échographie pour 71,8% des patientes (données non disponibles dans les maternités hors forfait).

Dans la maternité de référence de la zone forfait, 62 % des patientes qui payent l'accouchement à l'acte n'ont pas fait suivre leur grossesse.

Qualité des soins

Si la surveillance de l'accouchement est en amélioration par rapport à 2005,

la qualité qui était celle au moment de la mise en œuvre n'a pas encore été retrouvée (Tableau 3).

Tableau 3. Evolution de 3 critères de qualité dans les maternités de la zone FO, Nouakchott, 2003-2007

	2003	2005	2007
Partogramme de qualité*	48%	35%	45%
Surveillance du postpartum	30%	14%	30%
Surveillance pression artérielle pendant le travail	-	29%	55%

* % de partogrammes de bonne qualité sur le nombre d'accouchement dans les maternités FO.

La différence entre l'utilisation des médicaments et consommables et les normes définies, montre des situations variables, très satisfaisantes en ce qui concerne les mesures d'hygiène et l'utilisation des ocytociques, beaucoup moins dans les thérapeutiques préventives. A l'évidence, malgré une disponibilité permanente des produits, les procédures ne sont pas toujours respectées : en particulier, seules les CPN1 bénéficient d'une recherche d'albuminurie.

Si l'on considère la période 2005-2007 (Tableau 4), la morbidité maternelle grave représente 5,3% des accouchements avec une létalité de 1,6%. Hémorragies et éclampsie comptent pour 75 % des décès.

Tableau 4. Morbidité maternelle grave et taux de létalité dans les 5 maternités de la zone FO, 2005-2007

	Hémorragie ante et per partum	Hémorragie post partum	Complication sévère de l'HTA	Dystocie grave et DPF*	Autres	Total
Morbidité maternelle grave	13,2%	12,2%	13,1%	43,2%	18,6%	
% des accouchements	0,7	0,6	0,7	2,3	1	5,3
Létalité %	3	1,3	4,8	0,4	1,3	1,6

* disproportion foetopelvienne

Le pourcentage de césariennes est relativement stable (Tableau 2) avec des indications globalement identiques d'une année sur l'autre, exclusivement pour raison maternelle en absence de monitorage fœtal au cours du travail. Le nombre des décès maternels baisse régulièrement mais de façon non encore significative.

Perception du système par les usagers et les prestataires

Les entretiens réalisés avec les acteurs du système ont permis d'apprécier à plusieurs étapes du projet leur opinion sur le forfait.

La majorité des usagères considère que ce système est plus équitable et accessible au plus grand nombre. Globalement, elles se disent bien accueillies au niveau de la CPN ou des maternités mais beaucoup se plaignent cependant d'un manque d'information sur « le principe du forfait et ce à quoi elles ont droit » et on constate de temps à autre dans la maternité de référence, le retour des pratiques anciennes de corruption, sous couvert mensonger de rupture de stock de médicaments. Elles apprécient le fait que tous les consommables soient fournis, même s'il arrive occasionnellement qu'une ordonnance soit prescrite. Parmi les patientes qui n'ont pas adhéré au forfait, se trouvent deux cas de figure : soit elles ont fait suivre leur grossesse dans une structure hors zone forfait et se présentent à la maternité pour l'accouchement, soit il s'agit, encore trop souvent, de grossesses non suivies.

Parmi le personnel, les avis sont plus divergents : beaucoup considèrent que la charge de travail a augmenté et que les primes sont insuffisantes, qu'il n'y a pas de concertation et d'information à l'intérieur du système ... mais que pour les usagères, l'amélioration est évidente, en terme de coût des prestations et de délai de prise en charge des urgences.

En réalité, l'étude de l'évolution de la charge de travail par prestataire montre que la situation est stable. Cependant, dans la mesure où les salaires ont fortement progressé depuis 2003, l'impact de ces primes dans les revenus mensuels est de moins en moins sensible.

La viabilité financière du système

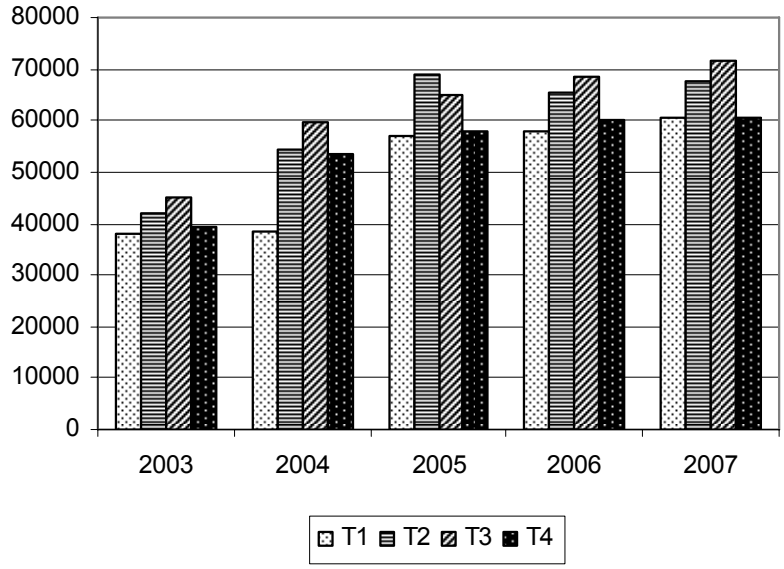
L'augmentation des recettes (Tableau 5) est logiquement proportionnelle à celle de l'activité avec une proportion croissante de la part du forfait.

Tableau 5. Recettes annuelles en $US des 5 maternités de la zone FO, Nouakchott, 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
TOTAL	16.200	167.670	210.465	254.880	257.527	261.110	1.167.852
% FORFAIT	37,5	59,9	70,6	71,1	76,8	81,0	72,4

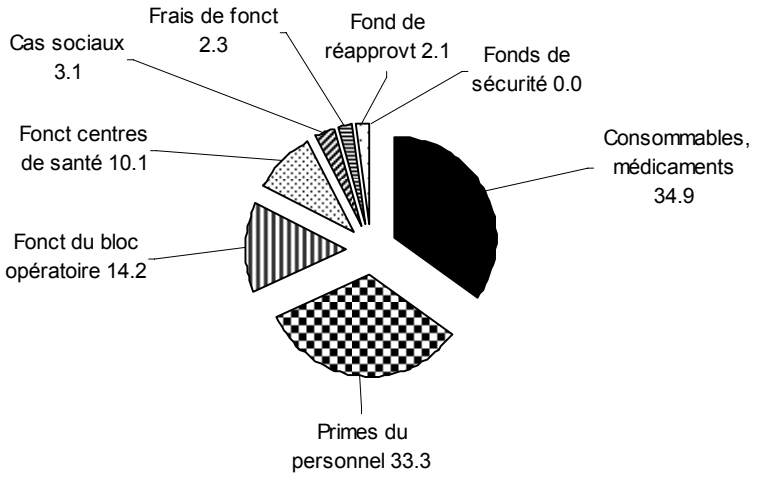
La répartition des recettes est très variable selon le mois considéré (Figure 4) ce qui explique évidemment la variabilité des primes versées aux prestataires.

Figure 4. Evolution trimestrielle des recettes en US $ dans les 5 maternités de la zone FO, Nouakchott, 2003-2007



La répartition des dépenses (Figure 5) permet de constater que les fonds initialement prévus pour le réapprovisionnement sont effectivement utilisés dans ce sens, soit à venir (2%), soit déjà utilisés ou en stock (35%).

Figure 5. Répartition des dépenses en % des recettes totales dans les maternités de la zone FO, Nouakchott, 2002-2007.



Les frais de fonctionnement du bloc opératoire, indépendants du volume d'activité et correspondant aux frais de gardes, représentent 14% des dépenses. Au total, en comptant les 34% attribués aux primes variables, c'est 48% des recettes qui sont donc directement redistribuées au personnel.

Dans les 10% dévolus au fonctionnement des centres de santé, la moitié est également distribuée en primes pour le nombreux personnel « bénévole », le reste étant voué au petit entretien.

Les 3% rétrocédés à la DRAS permettent sans difficultés de payer les frais d'hospitalisation en réanimation (dix patientes en moyenne par an sur les 5 années de fonctionnement) et d'assurer la fourniture des médicaments et consommables aux usagères qui ne peuvent pas payer le montant du forfait. Depuis la mise en œuvre du système, elles ne représentent que 0,1% des usagères.

En ce qui concerne le fond de sécurité, la quasi intégralité des 5% qui lui sont dévolus ont été utilisés pour l'entretien, la réparation voire l'achat de matériel. Ce n'était pas la destination prévue puisque ces charges incombent en principe au Ministère de la Santé.

Au 31 décembre 2007, les réserves du compte assurent six mois de réapprovisionnement ; sur la dernière année de fonctionnement, le coût global moyen d'un suivi de grossesse en médicaments et consommables correspond à 32,4% du montant du forfait, soit 0,4 % au dessus des prévisions. A coûts et activité constants, il n'y a donc actuellement aucune inquiétude sur la viabilité financière.

RESULTATS DANS LES NOUVELLES WILAYAS (KIFFA, AÏOUN, NEMA)

Pour Kiffa Aïoun et Néma (Tableau 6), nous avons comparé la dernière année complète sans forfait obstétrical (2004) avec les années complètes forfait (2006 et 2007). Pour Aleg, Kaédi et Nouadhibou, nous ne disposons pas du recul suffisant pour présenter des résultats même si pour Aleg, les résultats partiels sont proches de ceux observés dans les trois premières moughataas.

Tableau 6. Evolution des principaux indicateurs de santé maternelle à Kiffa, Aïoun et Néma depuis la mise en œuvre du forfait obstétrical, 2004-2007

	KIFFA			AIOUN			NEMA		
	2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Consultations prénatales	# 3.000	5.929	5.970	#1.800	2.932	3.742	749	2.176	2.845
Accouchements Assistés	1.520	2.142	2.630	906	1.178	1.359	605	1.075	1.191
Adhésions forfait		1.956	1.939		732	821		932	1.204
Césariennes en %		3,2	2,5	4,1	4,9	4,8	2,8	3,3	5,7
Décès maternels p 100.000 accouchements	675	186	266	873	524	809	1.818	744	755
Accouchements forfait/acc assistés en %		59	61		58	63		58	64
Accouchements assistés/acc attendus dans la moughataa en %	41	62	69	23	50	65	18	42	49

Adhésion et utilisation des services

L'augmentation est très nette entre 2004 et 2006 :

- pour les consultations prénatales, l'augmentation est de 63% à Aïoun, 97% à Kiffa et 190% à Néma
- les accouchements assistés augmentent de 30% à Aïoun, 41% à Kiffa et 78% à Néma.

Elle se poursuit en 2007 mais de façon logiquement moins spectaculaire.
Cette amélioration de l'accès aux soins permet au niveau de l'ensemble de la Moughataa une augmentation très sensible du taux d'accouchements assistés, plus forte que celle enregistrée au niveau des maternités hospitalières, témoignant ainsi de l'effet d'entraînement de la mise en œuvre du forfait dans ces départements.

L'adhésion au forfait obstétrical est massive (de 83% à 87% en première CPN) et ce mode de paiement est désormais choisi pour les 2/3 des accouchements.

A Néma, on peut déplorer qu'environ un tiers des adhérentes, originaires des villages proches, effectuent leur suivi prénatal dans les structures sanitaires du forfait mais retournent ensuite accoucher dans leur village, le plus souvent à domicile sans sécurité. Les tabous liés au genre, (les prestataires de soins en zone rurale sont presque toujours des hommes) et le poids de la religion encore très forts dans ces zones rurales ajoutés au peu de confiance que les populations avaient jusqu'à ce jour dans leur système de santé en sont probablement les causes. On peut imaginer que déplacer l'offre de soins dans les postes de santé à un tarif abordable permettra de gagner la confiance de ces femmes longtemps oubliées des services de santé.

Qualité des soins

Pour les usagères, la disponibilité permanente des médicaments et des consommables et donc la disparition des ordonnances achetées au prix fort dans les pharmacies privées est une avancée considérable qui explique en grande partie le succès de la formule forfaitaire.

La disponibilité donne aux prestataires un confort de travail nouveau … et le manque à gagner est globalement compensé par les primes pour la majorité d'entre eux.

Le taux de césariennes est en augmentation, variant de 2,5% en 2007 à Kiffa à 5,7% à Néma.

La baisse de la mortalité maternelle hospitalière est indiscutable

(significative pour Kiffa et Néma), avec des taux qui restent néanmoins trop élevés. Plus de la moitié des décès constatés concerne des éclampsies dont le volet réanimation est difficile à appréhender dans des structures hospitalières équipées d'un plateau technique minimal.

Par ailleurs, la remontée des taux de décès en 2007 est le résultat d'un nombre accru de références venant des Moughataas voisines dans des conditions déplorables (74% des décès).

Reste à expliquer pourquoi la nette augmentation du taux de césariennes à Néma entre 2006 et 2007 n'a eu aucun effet sur la mortalité maternelle et pourquoi il y a une telle différence (p=0,007) de mortalité avec Kiffa où l'équipement et l'environnement humain semblent identiques.

Viabilité financière

L'analyse de la gestion financière montre que le niveau des recettes est stable, permettant sans problème le réapprovisionnement en médicaments et consommables et la distribution de primes qui selon les mois et la catégorie professionnelle, correspond à un 2ème salaire.
Les comptes sont très excédentaires, que ce soit au niveau du réapprovisionnement que du fonds de sécurité.

Discussion

Malgré les imperfections mentionnées par les usagères et l'insuffisance de la qualité de certaines prestations fournies lors des actes de routine (Tableau 3), le succès de cette initiative auprès de la population est indiscutable : en témoignent le nombre croissant d'adhérentes et l'augmentation constante des activités (Tableau 2 et 6). Cette confiance attire des femmes résidant à l'extérieur des zones forfait (Tableau 1) et explique les demandes émanant des autres Moughataas pour entrer dans le système, que ce soit dans la capitale ou dans les régions. De plus en plus de femmes choisissent le paiement forfaitaire et une des craintes formulées au moment de la mise en place de ce système d'avoir de nombreux impayés se révèle infondée ; compte tenu du niveau de vie moyen de la population, l'attrait financier est majeur, même si la qualité promise n'est pas toujours au rendez-vous.

La rançon de ce succès se traduit à Nouakchott par une saturation de la maternité de référence qui effectue en moyenne 50 CPN et 18 accouchements par jour avec une équipe de garde certes dirigée par une sage-

femme, mais constituée majoritairement de personnel auxiliaire insuffisamment qualifié avec les risques que cela comporte en terme de sécurité. Un renforcement du niveau des prestataires et la mise en place d'une supervision continue dans le cadre d'un projet de service sont nécessaires pour une amélioration de la qualité des services ; une meilleure organisation des tâches et une répartition du temps de travail plus judicieuse pourrait également permettre une meilleure couverture des consultations pré et postnatales.

Dans le domaine de la qualité, le principal acquis nous semble celui de la permanence et de la continuité des soins rendues possible par la disponibilité des médicaments et consommables, la présence effective d'une équipe de garde opérationnelle et l'existence d'un système de référence efficace permettant la prise en charge dans les meilleurs délais des urgences obstétricales. Le temps moyen requis entre la décision de césarienne et le début de l'intervention est désormais de 45 minutes soit, d'après les observations soigneuses des obstétriciens assurant les gardes, trois fois moins que dans que dans les deux autres maternités chirurgicales de la capitale.

A Nouakchott, bien qu'en diminution par rapport à la période 2003/2005 (Renaudin *et al.* 2007), la létalité reste élevée (Tableau 4) notamment lors des complications hémorragiques et hypertensives mais l'on peut espérer que la récente mise à disposition de dérivés sanguins (plasma frais congelé et concentrés globulaires) permettra de diminuer la létalité de ces complications hémorragiques.

A l'intérieur du pays, l'augmentation en 2007 du nombre de décès enregistrés dans les maternités des capitales régionales correspond à une augmentation des références à partir des départements voisins : cela confirme l'urgence de l'extension du forfait afin d'organiser le système de référence dans des conditions optimales.

Le forfait obstétrical permet des ressources complémentaires officielles mais malgré l'augmentation des activités, les primes sont restées stables suite à la multiplication des affectations de complaisance dans les maternités du forfait. De ce fait, réapparaissent de temps à autre les comportements de corruption qui restent néanmoins minoritaires. Dans les régions où le personnel est beaucoup moins nombreux, le risque est plus faible et la satisfaction quasi générale.

La crainte de malversations dans la gestion de telles initiatives peut être un frein à leur mise en œuvre : l'expérience montre qu'avec des protocoles

de gestion financière bien définis et une responsabilisation du comité de gestion devant les usagers, la rigueur et la transparence sont possibles.

Parce qu'il génère d'importantes ressources (Tableau 5), le forfait est parfois considéré à tort comme la solution absolue à tous les problèmes qui se posent, par exemple en termes de maintenance du matériel médical, comme si on pouvait demander aux usagères de prendre en charge, en plus des médicaments, consommables, primes et gardes du personnel, le fonctionnement du système de santé dans son ensemble. La réhabilitation des locaux, la maintenance ou l'acquisition de matériel neuf doivent rester du domaine de l'Etat ou des bailleurs et il serait dangereux d'imaginer que cette expérience, aussi réussie soit-elle, puisse se substituer intégralement à eux.

Des améliorations sont souhaitables notamment au niveau de l'information du personnel, de la formation continue et des respects des protocoles, de la supervision des maternités, de la concertation avec les représentants des usagères ... mais il est difficile d'obtenir de ces représentants la constance dans l'exécution de leur mandat du fait de sa nature obligatoirement bénévole.

Après 5 ans de fonctionnement à Nouakchott et presque 3 ans dans les régions et une augmentation du montant du forfait de 10% au début de 2005 (20 à 22 US $), les comptes sont équilibrés et l'autonomie financière assurée si les règles de bonne gestion sont respectées, notamment lors de l'achat des médicaments et consommables.

Tout en restant accessible, ce tarif permet de ne pas avoir recours à un financement extérieur (partenaire au développement, association communautaire, état ou communes ....) dont la pérennité n'est jamais totalement assurée. Pour les partenaires au développement comme pour les autorités sanitaires, le budget modéré d'une extension régionale, actuellement estimé entre 4 et 7 US $ par femme en âge de procréer selon que la moughataa dispose déjà ou non d'une ambulance opérationnelle, permet de poursuivre la stratégie d'extension à un rythme soutenu.

Conclusion

La garantie d'une disponibilité permanente des consommables, la présence d'une équipe chirurgicale exclusivement consacrée aux urgences, l'organisation du système de référence et une tarification accessible sont

probablement les points forts qui ont permis au forfait d'obtenir auprès des femmes un tel succès.

De plus, ce mode de prépaiement concernant un événement existant dont on connaît le terme et dont le moment de l'intégration peut être choisi, correspond probablement mieux qu'une mutuelle classique aux capacités financières de populations aux revenus modestes et irréguliers.

Par ailleurs, la rigueur dans la gestion et la transparence dans les procédures garantisse viabilité et autonomie sans qu'aucune recapitalisation n'ait été nécessaire et ne soit à envisager.

L'augmentation très nette du nombre d'accouchements assistés au niveau des Moughataas rurales montre l'effet d'entraînement du forfait et plaide pour une extension rapide vers les zones les plus périphériques, là où les besoins sont les plus marqués, les attentes les plus fortes et les efforts les plus nécessaires. Le forfait obstétrical ne peut à lui seul résoudre l'énorme défi posé aux responsables des systèmes de santé pour résoudre le drame de la mortalité maternelle, mais, par le rôle moteur et l'effet d'entraînement qu'il a acquis, il est devenu en Mauritanie une stratégie incontournable dans la politique de santé maternelle du pays.

Le soutien politique sans faille dont a bénéficié cette expérience depuis sa conception est sans aucun doute un élément qui a favorisé jusqu'à ce jour sa pérennité. L'extension de l'offre de soins récemment envisagée en direction du nouveau-né devra elle aussi s'appuyer sur une volonté politique ferme de définir une réelle stratégie de lutte contre la mortalité néonatale.

Actuellement, 25% de femmes mauritaniennes bénéficient de ce partage du risque ; avec l'aide des partenaires au développement (Agence française de développement, UNFPA, UNICEF et Coopération Espagnole), l'objectif est d'arriver fin 2010 à 80% de couverture du territoire dans l'espoir raisonnable de réussir l'objectif du millénaire de réduction de trois quarts de la mortalité maternelle.

Références

Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005) Community-based health insurance in developping countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine & International Health* **10**(8), 799-811.

Fofana P, Samaj O, Kebbie A & Sengeh P (1997) Promoting the use of obstetric services through community loan funds, Bo, Sierra Leone. The Bo PMM Team. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* **59**(suppl 2), 225-30.

MAED/MSAS, Mauritanie (2001) Enquête démographique et de santé 2000-01, *ONS/ORC Macro*, RIM.

MAED/ONS, Mauritanie (2002) Recensement général de la population et de l'habitat 2000. Répertoire des lieux habités.

MAED/ONS, Mauritanie (2004) Enquête sur la mortalité infantile et le paludisme. Office National de la Statistique. Nouakchott.

Organisation Mondiale de la Santé (2005a) Chapitre 1 & 2 In Rapport sur la santé dans le monde 2005, OMS, Geneva, pp 1-42.

Organisation Mondiale de la Santé (2005b) Concilier la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement des systèmes de santé. In Rapport sur la santé dans le monde 2005, OMS, Geneva, pp 139-165.

Prual A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L & Bréart G (2000) Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa : incidence and case fatality rates. *Bulletin of the World Health Organization* **78**, 593-602.

Prual A (2000) Discours et récits des parturientes, de leur famille et des personnels de santé sur les pratiques autour de l'accouchement à Nouakchott : analyse et leçons à tirer. MSAS/DPCS/DRASS de Nouakchott & CHN. Programme maternité sans risque.

Renaudin P, Prual A, Vangeenderhuysen C, Abdelkader M, Vall MI & El Joud D (2007) Ensuring financial access to emergency obstetric care : three years of experience with obstetric risk insurance in Nouakchott, Mauritania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **99**(2), 183-90.

Royston E, Armstrong S. Les causes des décès maternels (1990) In : la prévention des décès maternels. OMS, Geneva, pp 78-111

UNFPA (2005a) La santé en matière de procréation: une mesure de l'équité. In : Etat de la population mondiale 2005, UNFPA, New York, pp 33-43.

UNFPA (2005b) Notes et indicateurs. In : Etat de la population mondiale 2005, UNFPA, New York, pp 107-115.

Vangeenderhuysen C, Renaudin P & Vall MI (2001) Le dossier d'accouchement: une aide à la décision. *Cahiers Santé* **11**(4), 259-63.

Annexe 1

MISE EN ŒUVRE DES EXTENSIONS REGIONALES

Assurer le fonctionnement de la maternité chirurgicale de référence de façon à être capable de prendre en charge toutes les urgences est la priorité absolue. La mise en œuvre du forfait débute donc toujours par la capitale de Région et l'extension se fait ensuite aux postes de santé du département puis aux départements dépendants de cette capitale pour les références chirurgicales.

PREALABLES

Ressources humaines : la première exigence est de disposer d'une équipe formée à la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence.

- présence d'un gynécologue obstétricien ou à défaut d'un chirurgien formé aux techniques d'extraction instrumentale et de césarienne au niveau de l'hôpital de référence
- présence d'un technicien d'anesthésie, du personnel de bloc opératoire et d'un technicien de laboratoire à l'hôpital régional
- présence effective dans les centres de santé et à l'hôpital régional du nombre de sages-femmes ou d'infirmiers formés aux techniques obstétricales nécessaire pour assister les accouchements dans ces structures ; présence dans les postes de santé d'un infirmier diplômé et d'une accoucheuse auxiliaire.

Equipement : il s'agit bien entendu de la structure de référence mais aussi des formations sanitaires de base

- existence d'un bloc opératoire équipé et fonctionnel au niveau de l'hôpital régional
- possibilité de disposer de produits sanguins
- équipement de toutes les maternités en matériel de base pour assurer des accouchements normaux de qualité
- existence de moyen de transmission (radio ou téléphone) dans chaque structure de santé
- affectation d'une ambulance fonctionnelle exclusivement destinée aux SOU

PROCEDURES

Elles doivent obligatoirement être précédées par une étape de présentation des objectifs et du fonctionnement du forfait :

- aux autorités sanitaires et aux prestataires responsables (directeur régional, directeur d'hôpital, médecins chefs de centre de santé, gynécologue, sage-femme du programme national Santé de la Reproduction)
- aux autorités administratives et aux élus locaux
- aux représentants de la société civile (ONG, associations de femmes ...)

Les acteurs régionaux sont bien entendu associés à toutes les étapes de la procédure d'extension.

Informations sanitaires ; une connaissance précise de l'activité en santé maternelle est indispensable afin

- de fixer des objectifs
- d'assurer le suivi évaluation des indicateurs
- d'adapter le fonds de roulement au volume d'activité.
- au niveau du district sanitaire, on se contente d'indicateurs de routine simples à collecter :
    - nombre de consultations prénatales (premières et totales)
    - nombre d'accouchements
    - nombre de références à l'hôpital régional
    - nombre de décès maternels
    - nombre de mort-nés
- au niveau de l'hôpital régional, il est nécessaire de connaître le nombre de césariennes et la létalité des différentes complications en plus des indicateurs précédents, ce qui est souvent une nouveauté pour ces structures
- lors de la présentation de la stratégie au niveau des postes de santé, le coût des services, les préférences des usagères et les services déjà utilisés par les femmes en zones rurales sont analysés avec les infirmiers chefs de poste.

Formation : elle doit être dispensée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et adaptée au personnel ciblé ; l'encadrement du stage pratique doit

être privilégié et le suivi programmé.

- formation à l'utilisation du partogramme.
- formation à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales avec application stricte des protocoles prédéfinis par les conférences de consensus déjà validés à Nouakchott
- dans les structures périphériques, l'accent doit être mis sur le dépistage précoce des urgences et l'organisation de la référence.
- les modules de formations standardisés existent au niveau du programme national Santé de la Reproduction ; ils servent de base à la partie théorique qui doit être dispensée conjointement par les formateurs centraux et régionaux
- une attention particulière est portée sur l'absolue nécessité d'un recueil des données d'activité fiable et précis : c'est la garantie d'un suivi correct des indicateurs et c'est aussi à partir de l'activité des services que le contrôle de gestion est effectué.

Mise en place d'un fonds de roulement : l'objectif est d'assurer l'acquisition de médicaments, consommables et outils de gestion pour les 6 premiers mois de fonctionnement.

- le volume de ce fonds est bien entendu fonction de l'activité.
- sa composition est définie à partir des protocoles préventifs et curatifs adoptés ; les cinq années d'expérience permettent de vérifier régulièrement la consommation moyenne et d'assurer ainsi un volume pour la durée définie, fonction du financement accordé.
- tous les besoins peuvent être satisfaits localement : idéalement, le fonds de roulement doit être acquis puis renouvelé auprès de la (CAMEC) qui assure la qualité des produits et les tarifs les plus compétitifs ; pour les molécules manquantes (# 15%), le secteur privé peut être contacté.

Gestion : le mode de financement communautaire totalement différent de ce qui existe déjà au niveau du système de santé nécessite une gestion particulière qui est maintenant parfaitement rôdée, tant à Nouakchott que dans les régions, et pilotée par un comité composé des représentants des prestataires et des usagères.

La première mesure est l'affectation d'un gestionnaire propre au forfait :

il est préférable qu'il provienne de la société civile, qu'il maîtrise les logiciels informatiques de base ... et bénéficie de la confiance des usagères et des prestataires.

Il devra dans un premier temps être formé à l'ensemble de ses tâches : collecte des recettes, collecte de l'activité détaillée des structures, de leur consommation et de leur stock, établissement du rapport comptable mensuel, présentation au comité de gestion, commande et distribution des consommables, paiement des indemnités ...

L'étape la plus délicate du processus d'extension concerne l'établissement de la liste du personnel effectivement concerné par les activités de santé maternelle et la définition des grilles de motivation. Cette discussion doit se faire dans la transparence avec toutes les catégories de personnel pour éviter les conflits ultérieurs ... même s'il est souvent difficile de satisfaire toutes les revendications.

Le mode de répartition des recettes devra être expliqué très clairement à l'ensemble des prestataires et aux représentants des usagères.

Des modèles de répartition sont proposés aux comités de gestion mais chaque comité a la liberté d'affecter ses recettes comme il l'entend à partir du moment où sont respectés les principes de base :

- le forfait est fixé à 22 $US au niveau national
- 35 % des recettes sont automatiquement réservées au réapprovisionnement lorsqu'une maternité chirurgicale est opérationnelle dans la zone concernée
- l'offre de services prévue doit être respectée
- les primes du personnel doivent être réservées aux agents concernés par les activités de santé maternelle.

Dans les extensions régionales, des adaptations au mode de gestion doivent être proposées :

- lorsqu'une seule structure effectue des accouchements (cas de certaines capitales régionales), le système de coefficient en fonction de l'acte n'est pas appliqué ; seuls sont considérés les points d'indice fonction de la qualification et de l'activité individuelle.
- dans les moughataas où n'est pas implantée la capitale régionale, il n'y a ni bloc opératoire ni équipe chirurgicale. Les urgences obstétricales doivent donc être référées et l'offre de soins ne peut pas

être exactement la même : il n'y a par exemple pas actuellement de personnel formé à l'échographie, et on réservera le groupage sanguin aux usagères référées.

- chaque « forfait moughataa » est donc autonome et contractualise avec l'hôpital régional la prise en charge des évacuations. Celles-ci sont alors considérées par le « forfait capitale régionale » comme des patientes « à l'acte » mais prise en charge par le « forfait moughataa ». Dans un « forfait moughataa non chirurgicale », il n'est pas nécessaire de disposer des produits et consommables de bloc opératoire ; le pourcentage réservé au réapprovisionnement est rabaissé à 20% et un volet « évacuations » est prévu qui pourra aller jusqu'à 28% dans les zones les plus reculées.

Information et sensibilisation :

- l'adhésion des populations au principe du forfait obstétrical passe obligatoirement par la sensibilisation de proximité, avec comme stratégie, l'application du porte à porte par les animatrices de quartiers. L'objectif est de sensibiliser 70% des ménages de la zone géographique choisie.
- les autorités administratives et les élus doivent également être informés en détail de la mise en œuvre de cette stratégie lors de réunions spécifiques.
- le fascicule intitulé *« Tout ce qu'il faut savoir et expliquer sur le fonctionnement du forfait obstétrical en 36 questions/réponses »* sert de base à l'activité.
- des fiches résumant objectifs et fonctionnement sont distribuées au moment des contacts avec la population.
- cette activité doit être menée conjointement par des prestataires et des représentants de la société civile sélectionnés pour leur représentativité et leur désintéressement.

Suivi - supervision :

- sans fixer un calendrier précis, il est évident que les missions de suivi doivent être fréquentes dans les premiers mois suivant la mise en œuvre afin de rassurer les acteurs et de vérifier le bon fonctionnement des procédures mises en place.

- par la suite une supervision semestrielle est suffisante.
- au fil du temps, il est souhaitable que les comités de gestion régionaux proposent et organisent eux-mêmes l'extension à de nouveaux postes de santé.

Chapitre 4 : Rôle de la micro-assurance santé

Les MURIGA en Guinée : une expérience de mutualisation des risques liés à la grossesse et à l'accouchement

Pascal Ndiaye[1], Séré Kaba[2], Mamady Kourouma[3], Aïssatou Noumou Barry[4], Alhassane Barry[5] & Bart Criel[6]

Résumé

La Guinée est classée parmi les pays les plus pauvres du monde et ceci est révélé par ses indicateurs de santé. Selon l'Enquête Démographique et de Santé III de 2006 (DNS/Macro 2006), le ratio de mortalité maternelle est de 980 pour 100.000 naissantes vivantes et le taux de mortalité néonatale de 39 pour 1.000 naissances vivantes.

Le gouvernement guinéen, en collaboration avec l'UNICEF, a mis en place en 1997 un projet de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau du district sanitaire de Dabola. Ce projet était basé non seulement sur l'amélioration de la qualité des prestations mais aussi sur la promotion de la participation communautaire à travers la mise en place de MUtuelles de santé pour la prise en charge des RIsques liés à la Grossesse et à l'Accouchement (MURIGA). Après évaluation de ce projet pilote, l'approche MURIGA a été retenue comme l'une des stratégies nationales de réduction de la mortalité maternelle et a été développée dans 17 des 33 districts sanitaires de la Guinée.

Une adhérente paie aujourd'hui entre 0,9 et 1,8 Euro par an, suivant les sous préfectures sous forme de contribution pour être prise en charge en cas de complications obstétricales y compris la césarienne, contre 15 à 20 € pour

[1] Institut de Médecine Tropicale (IMT - Anvers). Email : pndiaye@itg.be (la correspondance doit être adressée à cet auteur).
[2] Coordonnatrice Programme National Maternité Sans Risques (PNMSR - Conakry)
[3] Spécialiste Santé Maternelle et Néonatale (UNICEF - Conakry)
[4] Coordonnatrice ONG Dynamic Mutualiste (DYNAM - Conakry)
[5] Conseiller Technique/Renforcement des capacités Programme Santé et lutte contre le VIH/SIDA/GTZ (PSS - Mamou)
[6] Institut de Médecine Tropicale (IMT - Anvers)

une patiente non adhérente à une MURIGA, sans compter les paiements officieux et d'autres coûts indirects éventuels.
Bien que les membres des MURIGA et les organisations qui supportent leur mise en place soient généralement plutôt satisfaits des résultats du système, on relève encore beaucoup d'imperfections dans la conduite des activités et l'implication des populations. La couverture globale des MURIGA reste encore faible avec une couverture médiane de la population cible d'environ 10%. Aussi, malgré les efforts pour étendre progressivement la gamme des prestations et le public cible, les MURIGA restent encore très sélectives.

Mots-clés : mortalité maternelle, soins obstétricaux d'urgence, qualité des soins, mutuelles de santé, Guinée.

Introduction

Malgré les efforts pour améliorer les services de santé de base, la mortalité maternelle et néonatale restent encore un problème préoccupant en Guinée. Selon l'Enquête Démographique et de Santé III (DNS/Macro 2006), le ratio de mortalité maternelle était de 980 pour 100.000 naissantes vivantes alors qu'il était de 528 selon l'EDS de 1999 (DNS/Macro 2000). Sur 1.000 naissances vivantes, 39 enfants meurent dans les 28 jours et 91 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire (DNS/Macro 2006). Ces indicateurs reflètent partiellement le niveau de pauvreté de la Guinée (Eckert 2002).

Jusqu'en 1996 les principales activités menées par les différents programmes de santé ont surtout consisté à améliorer le suivi des grossesses et accouchements au niveau des centres et postes de santé délaissant les soins obstétricaux d'urgence au niveau des hôpitaux de districts. Suite à l'atelier sous-régional sur la maternité sans risque tenu à Bingerville en janvier 1995, le gouvernement guinéen en collaboration avec l'UNICEF a initié en 1997 un projet de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au niveau du district sanitaire de Dabola. Ce projet appelé SONU/MURIGA avait pour mission l'amélioration de l'accès aux Soins Obstétricaux Essentiels et aux Soins Obstétricaux d'Urgence de qualité, le renforcement de l'équipe de district, la mobilisation sociale, la promotion des mutuelles de santé. C'est dans le cadre de ce projet que les MUtuelles pour la prise en charge des RIsques liés à la Grossesse et à l'Accouchement, appelées MURIGA, ont été

mises en place.

Cette approche SONU/MURIGA expérimenté à Dabola ayant eu des résultats satisfaisants (Kourouma 2005), la revue annuelle du Programme Elargi de Vaccination/Soins de Santé Primaires/Médicaments Essentiels (PEV/SSP/ME-1998) a recommandé son extension à tout le pays. Une étude de base, financé par la Banque Mondiale, a alors été réalisée. Cette étude a tenté de préciser les facteurs socioculturels et économiques de la mise en place des MURIGA. Les résultats de cette étude ont mis en exergue les principaux obstacles aux références obstétricales et ont révélé que 85% des personnes interrogées souhaitaient la mise en place de mutuelles. Cette étude a également fourni des propositions de conditions préalables à la mise en place effective de ces mutuelles en termes de sensibilisation de la communauté, de mise en place de comités de gestion et d'amélioration de la qualité des soins et services. En 2000, le Ministère de la Santé a décidé d'étendre les MURIGA dans tout le pays. Les bailleurs de fonds impliqués dans le financement du secteur de la santé (UNFPA, UNICEF, PAM, OMS, GTZ, BM/APNDS et BAD/PRSS) ont accepté et soutenu cette décision (Soumaré 2004).

L'accès des femmes aux services de santé, avec l'objectif explicite de réduire la mortalité maternelle et néonatale, est le premier axe stratégique du Programme National de Développement Sanitaire 2001 - 2010 (PNDS 2001-2010). La stratégie de la mutualisation du risque y est clairement définie comme une des interventions destinées à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

L'objectif de ce chapitre est de décrire le processus et le contexte de développement des MURIGA, d'évaluer leur fonctionnement et les résultats des MURIGA en termes d'utilisation des services de santé maternelle et enfin de présenter la perception du système par les différents acteurs. Nous discuterons également les potentialités et les limites de ce type de mutuelles.

Contexte

La Guinée regorge d'énormes potentialités agropastorales, halieutiques, hydrauliques et minières. Cependant, malgré cette richesse naturelle inestimable, le pays pose un paradoxe. En 2005 le pays était classé par le PNUD 156ème sur 177 pays par rapport à l'indice du développement socio-économique du pays (PNUD 2006). Les enquêtes réalisées sur les conditions

de vie des ménages montrent l'importance du phénomène de la pauvreté : 49% de la population vit au dessous du seuil de pauvreté et 13% au dessous du seuil extrême de pauvreté. Toutefois, ces proportions constituent des moyennes qui cachent en réalité d'importantes disparités au regard du milieu, du genre et de l'accès aux biens et services, en particulier sociaux (Ministère du plan 2004). Selon les résultats de l'EIBEP réalisée en 2002/2003, la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est estimée à 53,6 % en 2005 contre 50,1 % en 2004 et 49,2% en 2002, soit une détérioration de 4,4% en quatre ans (FMI 2007). La faiblesse des performances économiques, l'acuité des problèmes économiques et sociaux et les difficultés budgétaires ont entre autres entraîné le pays dans la pauvreté et une des crises économiques des plus aiguës de son histoire.

Une femme sur cinq (21%) n'a aucune activité génératrice de revenu. Chez les adultes le taux d'analphabétisme était de 83,5% pour les femmes contre 55% pour les hommes.

Tableau 1. Indicateurs de base de la santé des femmes et des enfants, Guinée, EDS 2005

Indicateurs	
Pourcentage de jeunes filles de 15-19 ans ayant déjà accouché ou enceinte pour la première fois au cours de l'enquête	32 %
Taux de scolarisation des filles (niveau primaire)	40,8%
Prévalence de l'excision	96%
Prévalence contraceptive moderne	5,7%
Indice synthétique de fécondité	5,7%
Prévalence VIH chez les femmes[7]	1,9%
Couverture en CPN	82 %
Accouchements assistés (structure de santé)	38 %
Couverture en post-natal	59 %
Taux de mortalité néonatale	39 ‰
Ratio de mortalité maternelle	980 /100.000 NV
Taux de mortalité infantile	91‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans)	163‰

Source : Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005

[7] Prévalence nationale chez les hommes et femmes, de 15 - 49 ans est 1,5 % avec une prédominance chez les femmes (1,9 % contre 0,9 % pour les hommes)

La Guinée a figuré parmi les premiers pays à introduire les soins de santé primaires basés sur l'Initiative de Bamako (I.B.). En 1988, le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de ses principaux partenaires, notamment l'UNICEF, l'OMS, la Banque Mondiale, et d'autres organismes de coopération bi et multilatérale a mis en place un programme national de soins de santé primaires basé sur l'I.B. Ce programme a permis de revitaliser et rendre fonctionnels environ 382 centres de santé, améliorant ainsi l'accessibilité géographique des populations aux soins curatifs (60% à moins de 5 km) et aux soins préventifs (90% à moins de 5 km) (DNS 2000). Cependant, une importante proportion de la population (40%), notamment les femmes, fait l'objet d'exclusion en matière d'accès aux services de santé Cette exclusion, surtout dans les zones rurale, est liée à un problème d'accessibilité financière aux soins de santé (Kourouma 2005).

Méthodes

Ce travail est d'abord basé sur une revue des documents relatifs à l'expérience des MURIGA. La plupart des documents n'ont pas été publiés dans des revues scientifiques : documents officiels du Ministère de la Santé guinéen, rapports des partenaires au développement de la santé en Guinée, notamment ceux impliqués dans l'accompagnement du programme de réduction de la mortalité maternelle.

Dans une deuxième étape, nous avons pris contact avec différents acteurs (gestionnaires du système de santé, prestataires de soins, organismes d'appui au secteur de la santé, etc.) pour clarifier les informations, notamment sur le processus. Les données les plus récentes (2006, 2007) qui n'avaient pas encore été publiées ont été collectés par le bureau de l'UNICEF Conakry, chargé du suivi des MURIGA et le PNMSR (Programme National de Maternité Sans Risque).

Les informations recherchées concernaient l'étendue géographique et le nombre de MURIGA fonctionnelles, le taux d'adhésion, l'impact sur l'utilisation des services, la qualité des soins, la gestion administrative et financière, la prise en charge des indigents, et enfin la perception des MURIGA par la population et le personnel de santé.

L'absence et/ou l'incohérence de certaines données recueillies ont été une grande contrainte à cette étude ; nous n'avons conservé que les données fiables et complètes.

Caractéristiques des MURIGA

LA GENESE DES MURIGA

L'origine des MURIGA remonte à une expérience réussie de caisse de solidarité dans le district de Dabola en 1997. La maternité de l'hôpital avait en effet eu l'idée de créer un système de crédit à partir d'une caisse de solidarité alimentée par la direction de l'hôpital et correspondant au montant de la prise en charge de 10 patientes référées. Le principe était simple : les frais de transport et les frais d'hospitalisation des malades référées étaient payés avec cette caisse pour ne pas retarder les soins et les familles devaient ensuite rembourser à la caisse de la maternité. Ce fut un succès. En 1997, 192 femmes ont été prises en charges avec cette caisse sur 205 patients référées. Seulement 1% soit deux familles n'ont payé leurs soins alors qu'en 1996, 33% des familles n'avaient pas réglé leurs frais de soins. C'est à partir de ces résultats encourageants obtenus avec cette caisse que l'idée d'organiser la communauté autour de leur propre caisse a été lancée. Ces caisses ainsi constituées dans les sous-préfectures ont reçues l'appellation de MURIGA. Les sections suivantes vont décrire les caractéristiques actuelles des MURIGA.

SERVICES COUVERTS

Les MURIGA prennent en charge les coûts de services qui relèvent exclusivement du domaine de la maternité:

Le coût des soins des femmes enceintes et accouchées

- consultation prénatale (y compris les médicaments)
- accouchement
- complications obstétricales (y compris l'hospitalisation et les médicaments)

Le coût du transport en cas de référence à une structure sanitaire d'un niveau supérieur en cas de besoin (soit le coût du carburant pour l'ambulance soit le paiement des frais)

La priorité est dévolue aux complications obstétricales et au transport des femmes référées vers la structure de référence dont les frais sont obligatoirement couverts par la MURIGA. La couverture des autres prestations (consultation prénatale, accouchement simple, consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans, planning familial) et d'autres types de

charges (accompagnant + nourriture) sont déterminées par la communauté et dépendent de la capacité contributive de la communauté. Les prestations couvertes varient donc d'une localité à une autre. C'est ainsi que les MURIGA de Dabola et Mandiana ont progressivement introduit les consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans et celle de Baté Nafadji (région de Kankan) a élargi les prestations couvertes aux consultations curatives pour les enfants de 0 à 5 ans et à la planification familiale.

La proportion des frais de prestations couverte par les MURIGA est de 100% excepté à Mandiana où elle est de 80% comme défini par la communauté. Cette dernière a introduit une forme de ticket modérateur laissant 20% du coût de la prestation à l'assurée. Pour bénéficier des prestations de la MURIGA, le membre doit être à jour de ses cotisations.

MODALITES D'ADHESION

La dénomination de cette forme de mutualité indique déjà la principale cible. Il s'agit des femmes en âge de procréer[8] qui cotisent durant l'année afin de prévenir les éventuelles difficultés liées à la grossesse et aux accouchements compliqués (Tambalou 2005). Adhérer à une MURIGA est une décision libre et volontaire. En général, cette décision est prise par le chef de ménage. Trois formes d'adhésion coexistent. Le premier modèle, de loin le plus fréquent, est celui où le ménage constitue l'unité d'adhésion: les ménages cotisent alors pour couvrir les soins maternels des femmes en âge de procréer appartenant à ces ménages. Dans le deuxième modèle ce sont les femmes en âge de procréer qui paient elles-mêmes la contribution. Mais ce deuxième modèle a été déconseillé et minorisé par une action intense d'information et d'appui technique à la suite des supervisions du PNMSR. En effet, dans ce modèle, la question du partage du risque a plus de probabilité de se poser car le statut de membre et la prise en charge ont une durée limitée. Dans le troisième modèle, qui est plus rare, certaines localités demandent à toute la population imposable de contribuer à la MURIGA (par exemple, dans le cas de la sous-préfecture de Sinta). La population imposable est définie par l'administration du territoire comme étant toute personne à partir 18 ou 21 ans (suivant la localité) qui ne travaille pas dans

[8] Le public cible des premières MURIGA concernait uniquement les femmes enceintes. Après quelques années expérimentales la cible a été étendue aux femmes en âge de procréer, ce qui a permis d'élargir la base d'adhésion.

la fonction publique. Ce modèle est beaucoup plus difficile à suivre quand on connaît les lacunes de l'administration fiscale de la plupart des pays africains.

Pratiquement, l'adhésion à la MURIGA est concrétisée par l'achat du livret de membre qui octroie le statut de membre de la MURIGA. Ce montant rentre dans la constitution du budget annuel de la MURIGA. La carte de membre est la preuve que la bénéficiaire est en règle de ses cotisations. Elle sert par ailleurs à rassurer le prestataire que la bénéficiaire en question remplit les conditions de prise en charge par la MURIGA et confirme qu'elle sera prise en charge conformément aux termes définis. La carte de membre constitue la lettre de garantie de la MURIGA vis-à-vis du prestataire. Elle permet en principe de réduire les retards dans l'offre des soins que pourrait entraîner la recherche d'une lettre de garantie[9].

Dans certaines localités, pour avoir le statut de membre de la MURIGA, l'adhérent paie des frais d'adhésion non remboursables. Une partie de ce montant est destiné aux frais administratifs tels l'acquisition de carnets/fiches d'adhérents et l'autre partie est versée dans un fonds de réserve qui permet à la mutuelle de faire face à des difficultés de trésorerie et des dépenses exceptionnelles.

MODALITES DE DETERMINATION DE LA COTISATION

Le montant et les modalités de paiement des cotisations varient d'une localité à une autre et sont déterminés par la communauté. Généralement, la cotisation est demandée une fois par an, à la période des pics de revenus dans la localité. En milieu rural, c'est au moment des récoltes que les ménages disposent des revenus les plus importants. La période de recouvrement des cotisations dure souvent deux mois.

Pour déterminer le montant de la cotisation, les initiateurs de la MURIGA se basent sur le coût annuel des prestations et les frais de fonctionnement de l'organisation, notamment les frais de confection des outils de gestion. Ces deux éléments constituent le budget annuel de la MURIGA.

Le coût annuel des prestations concerne les frais sanitaires et le transport. Il est calculé en prenant en compte les paramètres suivants :

[9] La plupart des mutuelles classiques pratiquent la présentation d'une lettre de garantie que l'assuré va chercher auprès du Bureau de la mutuelle avant de recourir aux soins.

- le nombre de grossesses attendues
- le nombre de complications obstétricales attendues[10]
- le nombre de césariennes attendues
- le coût des prestations cliniques (césarienne, prise en charge des complications obstétricales et selon le choix : consultation prénatale, accouchement normal, etc.)[11]
- le coût du transport des malades de leur localité vers la structure de référence (ambulance ou transport en commun par le syndicat des transporteurs) [12].

  Plusieurs paquets de prestation (garanties) sont alors proposés aux membres (Tableau 2).

Tableau 2. Différents garanties possibles

Prestations	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3	Garantie 4
Prise en charge des complications obstétricales	x	x	x	x
Césarienne	x	x	x	x
CPN		x	x	x
Accouchement normal		x	x	x
Transport	x	x	x	x
Nourriture				x

La garantie 1 est la garantie de base, obligatoire pour toute nouvelle MURIGA. Le coût annuel de fonctionnement intervient également dans le calcul de la cotisation. Il concerne les frais de confection des outils de gestion et les frais de fonctionnement administratif. Ce coût s'élève généralement à 10% du montant annuel total des prestations. La cotisation est déterminée pour une périodicité annuelle. Elle est obtenue en divisant le

[10] Le nombre de complications obstétricales attendues au cours d'une année dans une localité est estimé à 15% des accouchements attendus (UNICEF/ OMS/ UNFPA 1997). Ce taux est confirmé ou modulé lors de l'étude de faisabilité.

[11] Le tarif d'hospitalisation d'une complication obstétricale (tarif forfaitaire en vigueur dans le pays de 10.000 francs guinéens (FG) par complication obstétricale y compris la césarienne, la grossesse extra utérine). Cependant, depuis la dislocation du système de santé en 2002-2003, ce tarif est calculé en fonction du coût réel des prestations.

[12] Le tarif du transport est calculé au km (250 FG/km en 2000 et 300 FG/km à partir de 2002) (Kourouma 2005)

montant du budget annuel de la MURIGA par le nombre de cotisants. L'unité cotisante est variable : individu, ménage, village, association ou groupement etc. Le choix d'une garantie détermine le calcul de la cotisation (cf. formule Annexe 1).

Suivant le choix de garantie, le montant de la cotisation par unité cotisante varie. Ainsi la cotisation annuelle par ménage a évolué de 6.000 à 12.000 francs guinéens (FG) dans plusieurs MURIGA (environ 0,9 et 1,8 Euro)[13]. Par contre, en milieu rural, on peut trouver des MURIGA qui donnent droit aux prestations avec une prime extrêmement basse: entre 300 et 600 FG (0,05 à 0,1 Euro). Ce cas de figure s'observe lorsque les communautés n'ont pas été accompagnées adéquatement dans la détermination du nombre d'accouchements et de complications attendues, des coûts afférents, et, à partir de là, la contribution à payer.

ORGANISATION GEOGRAPHIQUE

Une MURIGA couvre l'ensemble d'un district sanitaire qui correspond administrativement à la Préfecture. Les MURIGA sont organisées donc à l'échelle de la Préfecture où toutes les sous-préfectures sont concernées, sauf dans les Préfectures de Pita et Télimélé qui comptent respectivement 4/12 et 4/14 sous-préfectures couvertes par des MURIGA. En pratique, les sièges des MURIGA se trouvent au niveau des chefs-lieux des Communautés Rurales de Développement (CRD) et/ou des Communes Urbaines (CU). Ensuite, des antennes sont mises en place au niveau des districts ou villages. Des personnes de confiance sont désignées dans la population pour être des délégués de ces localités auprès des organes de décision et de contrôle de la MURIGA (Assemblée Générale, Conseil d'Administration, Bureau Exécutif, etc.). Les districts et quartiers constituent ainsi les cellules de la MURIGA. L'ensemble des districts/quartiers d'une même CRD et CU se regroupe pour constituer la MURIGA à cette échelle administrative.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

La structuration des MURIGA est similaire à celle des mutuelles de santé classiques. Au démarrage, une assemblée générale constitutive (AGC) regroupe les bénéficiaires du système et procède officiellement à la création de la MURIGA en lui donnant une personnalité morale. Cependant, les

[13] 10.000 francs guinéens = 1,47 € (http://www.xe.com, octobre 2008)

MURIGA, ne disposent pas de statut juridique et les mutuelles 'classiques' sont déclarées comme associations auprès du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (Gautier 2005). Ensuite, l'AG se réunit normalement une fois par an.

L'organisation interne de la MURIGA est régie par ses statuts et son règlement intérieur. Ces documents sont supposés garantir le fonctionnement démocratique de la mutuelle. Le statut définit les différents organes et leurs attributions, tandis que le règlement intérieur précise les modalités de fonctionnement de la mutuelle (recours aux soins, prestataires conventionnés, droits et obligations des membres, etc.). Les statuts et le règlement intérieur déterminent les attributions des organes des MURIGA, dont le bureau exécutif et le comité de contrôle. Le bureau exécutif assure la gestion courante de la mutuelle à savoir la gestion des adhésions, des cotisations, des subventions éventuelles et des prestations. Les membres de ses organes, désignés, doivent bénéficier d'une grande confiance de la communauté et être scolarisés ou alphabétisés.

Les fonds de la MURIGA, gérés par ses membres (comité de gestion composé de 5 à 10 membres) sont déposés au crédit mutuel ou au crédit rural, une banque locale de microcrédits qui existe dans la presque totalité des sous préfectures. Dans les localités qui n'en disposent pas, les fonds sont gardés par le trésorier de la MURIGA. Ce dernier assure avec le/la Président(e) et le Secrétaire Général les principales fonctions de ce comité de gestion. Un comité de contrôle s'assure de la conformité des activités de la MURIGA avec ses statuts et son règlement intérieur. Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement suivies et veille également à la bonne tenue de la comptabilité et la transparence des opérations financières. L'équipe préfectorale de la santé, composé principalement du Directeur Préfectoral de la Santé (DPS), du Directeur des Microréalisations (DMR), de la Directrice Préfectorale de la condition féminine, vient en appui au suivi du fonctionnement et à la gestion de la MURIGA.

Le crédit rural au niveau duquel les fonds de la MURIGA sont déposés, donne des crédits agricoles mais également d'autres crédits pour des activités informelles (commerce, artisanats etc.) aux mutuelles, groupements ou associations. La pression sociale facilite le remboursement des crédits qui sont accordés aux organisations qui s'engagent à rembourser même en cas de disparition d'un des membres.

Processus de mise en place d'une MURIGA

La mise en place d'une MURIGA se fait en 3 étapes (à intervalle d'environ 3 mois) selon la démarche adoptée par les Equipes cadres de districts sanitaires en collaboration avec le Programme National de Maternité Sans Risque (PNMSR) et l'UNICEF (Cadre 1) : une phase de mobilisation sociale et d'information, la mise en place du bureau de gestion de la MURIGA et le lancement de cette dernière.

La mise en place d'un système d'assurance maladie nécessite habituellement une étude de faisabilité menée aux fins de déterminer la part des bénéficiaires dans le financement des soins pris en charge. Dans le cas des MURIGA, une étude de faisabilité n'a été faite que pour les premières expériences. Celles qui ont suivi ont été mises en place en se basant sur une analyse situationnelle, notamment sanitaire, renforcée par l'expérience et les résultats des premières MURIGA. Dans un nouveau *Guide technique de mise en place des mutuelles pour la prise en charge des risques liées à la grossesse et à l'accouchement* élaboré en 2006, le PNMSR recommande la réalisation d'une étude de faisabilité et en donne les différentes étapes.

La constitution d'une MURIGA comporte l'élaboration des textes réglementaires (conventions avec les prestataires de soins, statuts, règlement intérieur, etc.) et la mise en place des instances et organes. La MURIGA, en tant qu'organisation mutualiste, établit une convention avec les prestataires de soins. Ces conventions portent notamment sur les tarifs, le mode de facturation et le mode de paiement. Pour assurer régulièrement et en permanence la référence qui se fait du Centre de santé à l'Hôpital préfectoral, les MURIGA établissent un contrat avec des chauffeurs membres du Syndicat des Transporteurs ou des individus disposant d'un véhicule car l'ambulance peut être en panne ou en service dans une autre localité. Par cette convention le poids d'une dépense qui est l'une des plus lourdes ne pèse pas sur le ménage. Le coût du transport pour l'évacuation d'une urgence obstétricale est de 80.000 FG au minimum, soit environ 12 euros, ce qui représente environ 5 mois de revenu d'un ménage. Un seul cas d'évacuation peut ainsi causer des dépenses catastrophiques pour le ménage concerné (Kourouma 2005).

En terme de transparence, les informations générales sur l'organisation du système, le tarif de transport et des soins ainsi que le contenu du paquet

de soins pris en charge par les MURIGA sont affichées dans les centres de santé, les bureaux des Communes Rurales de Développement (CRD) et dans les bureaux du Syndicat des Transporteurs.

A la fin du mois, chacune des trois structures (l'hôpital préfectoral de référence, le centre de santé et le bureau du Syndicat) délivre au bureau de la mutuelle sa facture. Après vérification, le bureau de la MURIGA autorise le payement de ces factures par le crédit rural. Ce mécanisme de fonctionnement est résumé dans l'Encadré 1 .

Encadré 1. Mise en place d'une MURIGA en trois phases

Phase 1. Activités de mobilisation sociale, d'information et de sensibilisation
Les thèmes abordés lors de la sensibilisation sont :

- objectifs du projet maternité sans risque
- rôle de la communauté
- modalités de fonctionnement et d'adhésion

Phase 2. Mise en place d'un bureau de gestion de la MURIGA et début des cotisations

- description de la composition et des rôles des membres
- désignation des membres du bureau de la MURIGA
- établissement d'un accord de partenariat avec l'hôpital relatif aux SOE et SOU (tarifs, facturation, mode de paiement)
- établissement d'un accord de partenariat avec le Syndicat des transporteurs pour le transport des femmes en grossesse (tarifs, mode de paiement)
- début de l'enregistrement des adhésions

Phase 3. Lancement de la MURIGA et démarrage des activités

- vérification du contenu de la caisse (démarrage quand 50% des cotisations attendues)
- lancement des activités en moyenne trois fois après le début du processus de sa mise en place

Source : Soumaré 2004

Système de monitoring et évaluation

La supervision et le suivi des MURIGA sont conjointement assurés par l'équipe cadre de district sanitaire, le Programme National Maternité Sans Risques, les ONG et les partenaires impliqués dans le processus. Le suivi se fait en même temps que la supervision des activités de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, semestriellement par le niveau central,

tous les trois mois par le niveau régional et tous les mois par le niveau préfectoral. Les informations à recueillir s'organisent ainsi en trois catégories de données : les données relatives à la gestion administrative et financière des MURIGA, les données concernant la couverture en matière de besoins obstétricaux et les données visant à mesurer l'impact des MURIGA sur l'utilisation de l'hôpital (proportion de mutualistes parmi les patientes reçues à l'hôpital pour complications obstétricales). Cependant, la compilation des données pose de sérieux problèmes d'exploitation.

En 2001, 2002 et 2004, des évaluations ont été entreprises pour les différentes MURIGA mises en place en vue d'apprécier les progrès, améliorer le système et assurer la pérennisation. Ces évaluations ont permis de montrer les succès initiaux et la grande demande existant auprès des femmes enceintes et leur famille pour de tels mécanismes financiers d'entraide, mais aussi les difficultés et contraintes liées au fonctionnement de ces mutuelles. Elles ont permis, notamment celle de 2004, d'accélérer la réflexion en ce qui concerne la méthodologie d'extension de cette approche aux autres districts sanitaires (Soumaré 2004).

Le ministère de la santé a utilisé ces recommandations pour définir les grands axes stratégiques de développement, de promotion et de pérennisation des MURIGA en République de Guinée. Un des principaux produit est l'élaboration d'un Guide Technique de Mise en Place des Mutuelles pour la Prise en Charge des Risques liées à la Grossesse et à l'Accouchement qui fournit une réponse technique au processus de mise en place des MURIGA.

Rôle des acteurs

Plusieurs acteurs sont impliqués dans le développement des MURIGA. Il s'agit notamment des partenaires au développement du secteur de la santé. Leur appui au concerne essentiellement les aspects techniques, financiers et institutionnels (Ndiaye 2006).

Le ministère de la santé, à travers le Programme National de Maternité Sans Risques (PNMSR), est le principal initiateur des MURIGA. Le PNMSR est la structure coupole qui organise la stratégie, mène des actions de plaidoyer et sert de répondant auprès des partenaires. Dans son organisation, le processus est porté par l'Equipe Cadre du District sanitaire avec le soutien des partenaires au développement et des autorités administratives (Directeur

des microréalisations, Directrice des affaires sociales et de la promotion féminine, sous-préfets et maires). Ces derniers n'apportent pas d'appui financier ou matériel mais un soutien technique. Ils contribuent aussi à l'information et la sensibilisation[14], en partenariat avec les leaders locaux, sur l'ampleur de la mortalité maternelle soutenue par la pauvreté et à la nécessité de la mise en place d'un mécanisme de solidarité et d'entraide pour y faire face.

La disponibilité de services de santé de qualité dans un environnement proche des populations cibles est l'une des conditions préalables à la mise en place des MURIGA. Assister les communautés à se prendre en charge financièrement signifie que cette communauté bénéficie de soins adéquats. Cela suppose la disponibilité du personnel de santé formé, la disponibilité des équipements/matériels roulants (ambulance médicalisée, moto et véhicule de supervision) et la disponibilité des équipements et matériels médico-techniques y compris les radios autonomes de communication (RAC), les outils de gestion des centres de santé et des maternités, la disponibilité des médicaments et consommables. Le financement nécessaire au remplissage des conditions préalables à la mise en place des MURIGA a été soutenu par la coopération bilatérale et multilatérale.

Les premières expériences de MURIGA ont été initiées par l'UNICEF. La Coopération technique Allemande (GTZ) a, dans le cadre du partenariat, fourni un appui à la mise en œuvre du projet pilote de Dabola. Le Projet Population et Santé Génésique (PPSG) de la Banque Mondiale, le FNUAP, la Banque Africaine de Développement (BAD) et la Coopération technique bilatérale Américaine (USAID) par le biais de projets et ONG (PRISM, Save The Children et Adventist Development of Rural Areas - ADRA) ont rejoint l'UNICEF dans l'appui financier et technique à la mise en place des MURIGA. Le PPSG a accordé aux MURIGA, dont il a appuyé la mise en place, une subvention qui s'élève à 75 % de leur montant cotisé. Les ONG nationales (Association Mère Enfant, Association pour la Défense des Droits de la Femme en Guinée, Coalition Nationale de Guinée pour les Droits et la Citoyenneté des Femmes, Corps Guinéen pour la Paix et développement et l'Association pour le Développement Durable de la Femme) et plus

[14] Certains organismes tels l'OMS contribuent ponctuellement à la réalisation d'activités de sensibilisation ou de prévention comme la distribution de moustiquaires imprégnés (Afro 2005)

particulièrement DYNAM, ont fourni une expertise et un appui technique important pour la mise en place des MURIGA.
Le Tableau 3 ci-dessous résume la forme d'implication des différents partenaires dans le développement des MURIGA et le tableau 4, leur aire et année d'intervention.

Tableau 3. Rôle des acteurs dans le développement des MURIGA

Acteurs	Rôle
Ministère de la santé et ses services décentralisés (PNMSR, Districts)	Décision de créer une MURIGA Mise en place de la MURIGA
Autorités administratives	Soutien technique dans la mise en place Participe à la mobilisation communautaire
Acteurs de première ligne (prestataires de soins, transporteurs, banques)	Respect des conventions les liant au MURIGA
Familles, Femmes enceintes	Contributeur (cotisation) Bénéficiaires
Agences internationales (UNICEF, UNFPA, SCF,...)	Disponibilité de services de qualité (formation du personnel aux SOE et SOU, dotation en matériel médicaux et en moyens de communication) Appui méthodologique Suivi- Evaluation
ONGs nationales, DYNAM, PRISM	Appui à la mise en place Suivi Evaluation Extension du paquet à d'autres problèmes de santé (enfants de moins de 5 ans, etc.)

Tableau 4. Années d'intervention des institutions partenaires dans les préfectures couvertes par les MURIGA

Préfectures	Année de mise en place des MURIGA	Intervenants
Dabola	1996	UNICEF
Boffa	1999	
Kouroussa	2001	
Kissidougou	2002	
Forécariah	2003	
Kindia	2006-2007	
Dinguiraye (*)	2007-2008	
Faranah (*)	2008-2009	
Mali (*)	2008-2009	
Mandiana	2000-2002	BM (PPSG) OMS
Siguiri		
Beyla		
Lola		
Kérouané (*)	2003	USAID (PRISM,SAVE CHILDREN, ADRA)
Koubia (*)	2007-2008	BM (APNDS)
Lelouma (*)		
Mali (*)		
Dalaba (*)		
Gueckedou (*)		
Gaoual	2003	BAD UNICEF
Koundara		
Tougué		
Boké	2007 -2011	UNFPA
Lélouma		
Pita (*)		
Télémélé(*)		

Source : PNMSR 2007

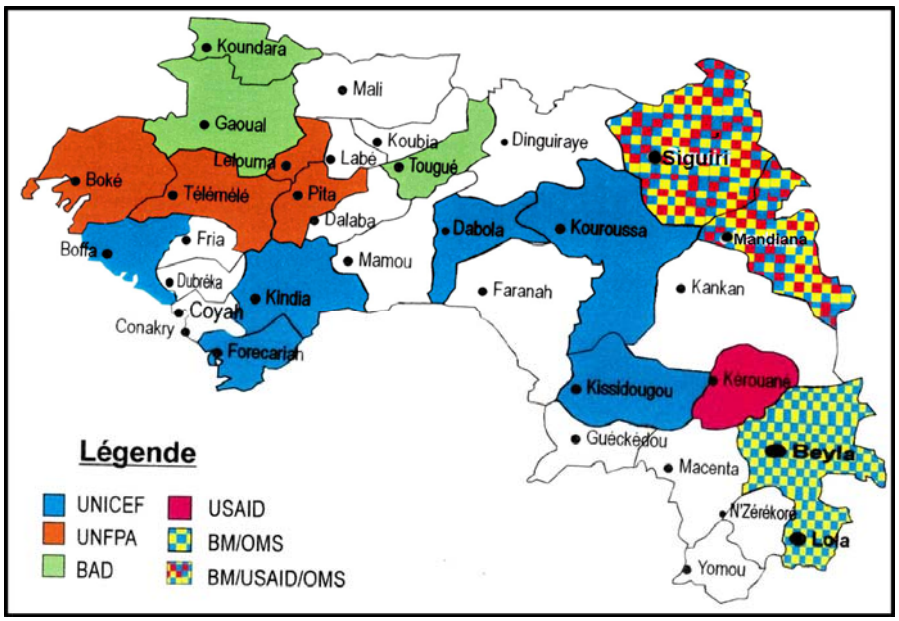
* La mise en place est en cours

Résultats

COUVERTURE PAR LES MURIGA

A ce jour, 17 des 33 districts sanitaires sont couverts en MURIGA (Tableau 4), bien que certaines ne soient pas encore entièrement fonctionnelles. La carte ci-dessous donne un aperçu de la répartition géographique (par district) des MURIGA.

Carte 1. Couverture géographique des MURIGA (PNMSR 2007)



Cependant, dans une même préfecture, le taux d'adhésion varie d'une localité à l'autre : elle va de quelques pourcents à plus de la moitié des femmes enceintes avec une couverture médiane d'environ 10%. Dans la période 2000-2006, 15% des femmes enceintes habitant les zones avec des MURIGA opérationnelles ont été prises en charge par le système (Tableau 5).

Tableau 5. Nombre de femmes prises en charge par les MURIGA par rapport aux femmes enceintes attendues dans les différentes préfectures couvertes (2000-2006)

Années	Nombre de grossesses attendues	Nombre de femmes enceintes bénéficiant de la MURIGA	Pourcentage %
2000	70.115	11.016	16
2002	92.959	18.977	20
2004	149.706	16.493	11
2006	165.944	26.144	16
Total	478.724	72.630	15

UTILISATION DES SERVICES

Les indicateurs de processus retenus pour le suivi du système sont présentés dans le Tableau 6. Il s'agit des résultats chiffrés qui portent sur la période de 2000 à 2006 et qui sont tirés des exercices de monitorage conduits tous les six mois par l'équipe du district, des registres de gestion des MURIGA, ainsi que des différents rapports de supervision du PNMSR et des partenaires. On constate que dans les zones couvertes par les MURIGA la couverture en consultations prénatales est passée de 55 à 79% et le taux d'accouchements assistés par le personnel de santé est resté globalement faible, de 17 à 22%.

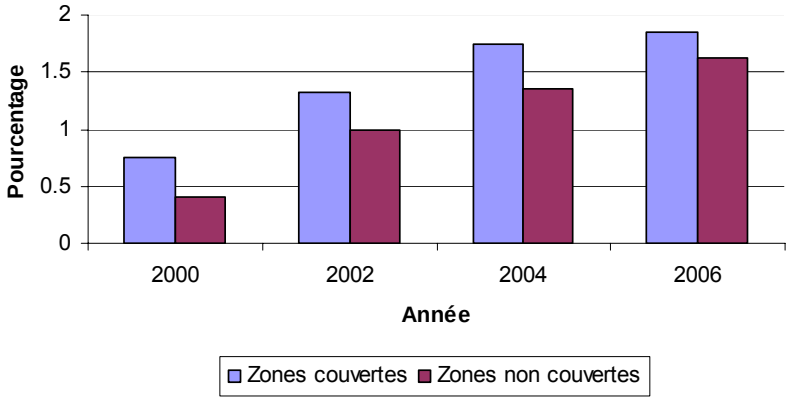
Tableau 6. Evolution de quelques indicateurs au niveau préfectoral [15] (2000-2006)

Indicateurs	Années			
	2000	2002	2004	2006
Couverture effective en CPN	55%	65%	73%	79%
Taux d'accouchements assistés	17%	20%	20%	22%
Taux de référence	5%	10%	12%	15%
Taux de césarienne	0,5%	1,32%	1,75%	1,85%

[15] Il s'agit en 2000 des préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiri, Beyla et Lola (N=6 préfectures); en 2002 les préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiri, Beyla, Lola et Kouroussa (N=7 préfectures); en 2004 les préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiri, Beyla, Lola, Kouroussa, Kissidougou, Forecariah et Kérouané (N=10 préfectures); et en 2006 les préfectures de Dabola, Boffa, Mandiana, Siguiri, Beyla, Lola, Kouroussa, Kissidougou, Forecariah, Kérouané, Boké, Pita et Télimélé (N=13 préfectures).

S'agissant du taux de référence des centres de santé vers l'hôpital préfectoral et du taux de césariennes, on constate une augmentation progressive entre 2000 et 2006. Si dans les zones non couvertes le taux de césariennes augmente également, ce taux reste inférieur à celui des zones couvertes par les MURIGA (Figure 1).

Figure 1. Evolution du taux de césarienne dans les zones couvertes en comparaison aux zones non couvertes



QUALITE DES SOINS

Le processus de mise en place des MURIGA produit des effets induits. Ainsi les différents partenaires nationaux et internationaux qui appuient la mise en place d'une MURIGA s'engagent à assurer la disponibilité de soins de qualité : formation du personnel de santé, renforcement du plateau technique, amélioration des conditions de communication et de transport qui contribuent à améliorer la qualité des soins.

Cependant la volonté d'améliorer la qualité des soins et d'établir les conditions préalables à la création des MURIGA ne se concrétise pas toujours dans les faits. Ainsi pendant plusieurs années les accouchements normaux à Dabola et Forécariah ont eu lieu à l'hôpital préfectoral plutôt qu'au centre de santé, respectivement par manque de personnel et par manque de place. A Forécariah, le centre de santé jouxtait l'hôpital préfectoral et les autorités n'avaient pas jugés utiles de faire les accouchements au centre de santé. Cette situation a entraîné des dépenses

supplémentaires pour les MURIGA (un accouchement simple coûte 1.000 FG au centre de santé contre 6.000 FG à l'hôpital préfectoral). A Dabola, ceci a renforcé les barrières géographiques et culturelles, ainsi en 2004, 80% des femmes de cette localité préféraient accoucher avec une accoucheuse traditionnelle à la maison plutôt qu'à l'hôpital préfectoral. Cette situation à Dabola et Forécariah a perduré jusqu'en 2007, aujourd'hui les accouchements sont possibles au centre de santé.

PRISE EN CHARGE DES PLUS PAUVRES

En Guinée, les indigents représentent 15% de la population (Condé 2004). La charge financière des MURIGA dans une localité donnée est, selon les instructions, supportée par les ménages capables de payer. Les femmes des ménages indigents, identifiés par la population locale, seraient automatiquement prises en charge à partir des contributions des autres. Cependant, lors de l'évaluation de 2004, sur les 12 MURIGA enquêtées aucune n'avait pris en charge des cas d'indigence en raison des difficultés de définition des critères (Soumaré 2004). Les responsables interrogés rapportent des prises en charge d'indigents à Dabola, Konindou mais aucune information ne permet de savoir quel pourcentage cela représente-t-il. Par ailleurs, un fond d'indigence a été créé sur les ressources issues de 'l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés' (IPPTE). Les ressources sont versées directement à chaque hôpital, sur la base de la population couverte et non pas en fonction du niveau de pauvreté de district pour des raisons de facilité de gestion. Ces fonds sont destinés exclusivement à la prise en charge des malades hospitalisés. Il n'est pas rapporté d'expérience de l'utilisation de tels fonds par les MURIGA.

GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE

Lors ce travail, nous avons été confrontés à un problème de manque de données ou d'incohérence des données. Il existe un écart important entre ce qui devrait être collecté de manière régulière par les organes de gestion des MURIGA et ce qui est fait dans la réalité. Le niveau de fonctionnement des organes des MURIGA reste souvent faible. Le faible taux de scolarisation ou d'alphabétisation constitue un obstacle dans la gestion et, dans une certaine mesure, dans l'appropriation communautaire des MURIGA. Dans l'étude de 2004, seule une MURIGA avait bénéficié d'une formation à la gestion.

Concernant la gestion administrative, certains supports de gestion

conçus pour des mutuelles de santé classiques ne sont pas adaptés aux caractéristiques des MURIGA, d'autre fois ce sont les outils qui ne sont pas correctement remplis. Les assemblées générales sont rarement organisées et le renouvellement ne se fait pas avec la périodicité fixée par le règlement intérieur. Les responsables ne sont pas tous informés de leurs rôles et se plaignent du manque de formation pour assurer les fonctions qui leur sont dévolues. Le manque de siège propre aux MURIGA réduit la participation des membres dirigeants. Elles utilisent les locaux de l'Etat et très souvent ceux des formations sanitaires.

Pour ce qui relève de la gestion financière, l'évaluation faite en 2004 relevait que seulement la moitié des MURIGA avait réalisé un bilan et compte de résultat à la fin de chaque exercice (Soumaré 2004). Il est donc très difficile d'avoir des données sur la viabilité financière des MURIGA. En 2003, dans le district sanitaire de Dabola, 5 sous-préfectures sur 9 avaient dépensé plus que le montant des cotisations recouvrées (Kourouma 2005). La majorité des déficits ont été comblés par les communes rurales de développement (CRD). Si l'ensemble des caisses avaient été regroupées, la charge partagée n'aurait été que de 70% du montant des cotisations recouvrées

Tableau 7. Pourcentage des dépenses par sous-préfecture par rapport au montant de cotisation recouvré de 2000 à 2003

Sous préfecture	2000	2001	2002	2003
Banko	41%	45%	46%	39%
Konindou	56%	52%	105%	111%
Konso	91%	88%	93%	104%
Kankama	94%	61%	43%	102%
Bassikrima	91%	83%	87%	15%
Dogomet	60%	40%	44%	49%
Arfamoussaya	73%	50%	71%	102%
Kindoye	75%	84%	104%	109%
Dabola Centre	77%	24%	39%	16%
Total	**72%**	**53%**	**64%**	**72%**

Source : Kourouma (2005)

La mise en œuvre des conventions avec les structures de soins connaît également des insuffisances. Dans l'enquête de 2004, 8 MURIGA sur 12 disaient avoir passé des conventions mais aucun des documents n'a pu être retrouvé (Soumaré 2004). L'absence ou l'indisponibilité des accords écrits laisse la porte ouverte au non respect des modalités de paiement. Il arrive souvent que les prestataires prennent en charge au nom de la mutuelle des patients qui ne sont pas en règle avec leurs cotisations. Les prestataires demandent aussi parfois un paiement en avance. Ces pratiques posent un problème de viabilité du système. La faible disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires demeure également un problème. Des ruptures importantes de stocks des médicaments résultent de la dépréciation de la monnaie et de la performance des structures d'approvisionnement (FMI 2007). Les médicaments qui sont contenus dans le paquet des prestations sont souvent en rupture. Les mutualistes sont obligés de ce fait de s'en procurer sur fonds propres (Dynam 2004-2005). Le même 'flou' se retrouve au niveau des conventions avec le Syndicat des Transporteurs ; aucune des MURIGA enquêtées en 2004 n'avait formalisé une convention signée avec le Syndicat des Transporteurs, il s'agissait seulement de contrats verbaux pouvant être rompus à tout moment de manière unilatérale (Soumaré 2004).

PERCEPTION DES ACTEURS SUR LES MURIGA

Malgré les contraintes et difficultés, l'expérience MURIGA semble avoir procuré une satisfaction auprès des bénéficiaires mais aussi auprès des autres acteurs notamment en rapport aux services offerts. Ces appréciations sont rapportées sous formes de témoignages recueillis lors de l'évaluation des MURIGA commanditée par l'UNICEF en décembre 2004.

Globalement, les bénéficiaires expriment une satisfaction quant à l'amélioration de leur prise en charge depuis l'existence des MURIGA, notamment l'accueil et les soins. Les MURIGA ont réduit leur sentiment d'insécurité à travers la garantie de l'accès aux soins obstétricaux essentiels d'urgence de qualité. Elles ont apporté un soulagement du point de vue financier à leurs familles et donc l'opportunité de faire des économies comme le montre le témoignage d'une bénéficiaire à Moussayah :

« La MURIGA nous a apporté la santé en nous organisant pour qu'ensemble nous puissions sauver nos copines adhérentes. Parce qu'avant quand un cas se présentait, les parents, les maris, les frères ne pouvaient pas facilement faire face aux dépenses. Mais avec la MURIGA, tu es transportée et soignée sans que ta famille ne souffre», ou cet autre à Fermessadou ; *« Si j'existe aujourd'hui encore parmi vous, c'est grâce à la MURIGA car j'ai quitté ici avec l'ambulance dans un état comateux jusqu'à Kissidougou pour des soins et une césarienne et je n'ai rien payé. Les 500 FG t'assurent le déplacement et les soins ».*

Globalement, les responsables des structures sanitaires estiment que les MURIGA ont permis une meilleure utilisation des services, une augmentation des ressources et une amélioration de la qualité des services (voire même la création de nouveaux services). En effet, la mise à la disposition des structures sanitaires d'ambulances, de matériel de communication, d'équipement et autres fournitures, la formation du personnel de santé, celle des accoucheuses villageoises constituent des inputs important pour le fonctionnement adéquat des ces structures.

D'autres responsables sanitaires considèrent en revanche que les MURIGA ne leur ont été d'aucun apport. Les adhésions restent globalement faibles - avec une couverture médiane d'environ 10 % - et les ruptures de médicaments, l'absence d'outils de gestion, la démotivation des responsables des MURIGA, leur manque de formation ou leur faible niveau d'éducation, la sensibilisation insuffisante et le manque de suivi permanent sont autant de facteurs qui influencent la performance du système.

Les leaders d'opinion y voient réellement un mécanisme pour alléger les souffrances des ménages causées par des problèmes de santé. Un élu l'exprime comme suit :

« Chaque fois que l'on se réunit au niveau d'un quartier, mon devoir est d'attirer l'attention des gens de continuer à sensibiliser les femmes et dans les mosquées et dans les réunions pour que les femmes continuent à adhérer aux MURIGA puisqu'on ne sait jamais, mieux vaut prévenir que guérir. Tout ce que chacun souhaite est que sa femme en grossesse accouche normalement mais on ne sait jamais. Alors, il faut sensibiliser les femmes pour qu'elles viennent vers la MURIGA ».

Par contre, bien que les femmes elles-mêmes reconnaissent globalement l'utilité et la pertinence des MURIGA, elles déplorent parfois le fait que cette forme de solidarité est à « sens unique ». Il n'y a pas de perspective de prise en charge après l'accouchement, ni pour le bébé, ni pour sa mère, ni pour les autres membres de la famille lorsque ceux-ci tombent malade (DYNAM 2004-2005). Par ailleurs, bien que l'initiative soit bien accueillie par les leaders d'opinions (chefs religieux et coutumiers), les modalités de gestion de l'organisation ne suivent pas toujours les règles démocratiques définies dans le processus de mise en place. Ainsi, plusieurs femmes se plaignent du non renouvellement des instances ou de la sous-représentativité des femmes (Soumaré 2004).

Il semble également que le succès du système est par endroit fortement redevable aux gestionnaires de la santé, comme le montre ce témoignage des syndicats des transporteurs :

« Nous étions entièrement satisfaits au temps du Dr K. parce que avec lui les conventions étaient toutes respectées de part et d'autre. Aucun transporteur ne se plaignait auprès de nous pour le non paiement de son carburant Une fois que le chauffeur déposait une femme qui a des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, le chauffeur était immédiatement remboursé le prix du carburant consommé mais présentement nous avons des difficultés vis à vis de nos transporteurs pour le remboursement du prix de ce carburant. Nous sommes obligés de payer nos chauffeurs de nos propres poches ».

Discussion

FAIBLE TAUX D'ADHESION

Le gouvernement guinéen avec le soutien de l'UNICEF a décidé en 2000 d'étendre l'expérience pilote de Dabola à tout le pays. Aujourd'hui 17 préfectures sur 33 sont couvertes et l'extension continue. Cependant le taux de pénétration reste faible dans ces préfectures avec une médiane à 10%. Plusieurs pistes peuvent être avancées.

La première est le *mode de contribution*. L'unité de cotisation choisie peut avoir des conséquences dans la dynamique sociale. Ainsi si l'unité de cotisation est le ménage ou la population du village, des chefs de famille peuvent ne pas se sentir concernés, voire des tensions sociales peuvent survenir du fait qu'une faible partie de la population bénéficie des services, la MURIGA ne bénéficiant qu'aux femmes enceintes.

La deuxième est la *qualité des soins*. Les Soins Obstétricaux Essentiels, malgré la volonté politique et l'appui des bailleurs, ne sont pas disponibles dans tous les centres de santé ce qui conduit les femmes à devoir accoucher à l'hôpital préfectoral pour un accouchement normal ou à devoir aller payer des médicaments dans une pharmacie privée parce que la pharmacie de l'hôpital est en rupture de stock. Le faible taux d'adhésion aux MURIGA semble avoir une certaine relation avec le faible taux d'utilisation des centres de santé. Ce taux est autour de 0.10 - 0.15 nouveau cas/an/habitant. Si les malades ne trouvent pas d'intérêt à se faire consulter au centre de santé, il va de soi que la mutuelle fondée autour de ce centre aura du mal à convaincre sa population cible quant aux bénéfices que leur adhésion leur procure. Or, le système de mutualisation à lui seul ne constitue pas une incitation suffisante pour améliorer la qualité des soins (Criel & Waelkens 2003 ; Criel *et al.* 2005). D'autres mesures liées à la gestion des ressources humaines au niveau central et périphérique du système de santé (plan de carrière, disponibilité et mobilité du personnel, formation, etc.) doivent être mises en place.

Une troisième explication est *l'approche top-down* des MURIGA
Les MURIGA ont été mises en place stratégiquement pour s'attaquer aux problèmes spécifiques de la mortalité maternelle et néonatale. De ce fait, les objectifs, caractéristiques en termes de couverture (cibles et prestations), mode de contribution et participation communautaire diffèrent des

mutuelles classiques (Tableau 8). La construction technique et sociale des mutuelles classiques est en effet plus large et plus polyvalente.

Il ressort des différentes évaluations réalisées jusqu'ici que les communautés sont peu impliquées dans le processus. La décision d'implanter une nouvelle MURIGA est prise par le Ministère de la santé avec le support d'une agence internationale. Les familles sont considérées comme des bénéficiaires mais sont très peu intégrées au processus de mise en œuvre. La première cause de non inscription, d'après les femmes non adhérentes interrogées, est l'absence d'information sur ce système. La plupart des familles ne connaissent pas les membres du bureau des MURIGA. Il faut noter que peu de membres ont été élus, ils sont la plupart du temps désignés par les autorités administratives de la préfecture (Soumaré 2004). Tout ceci résulte en une faible appropriation de la mutuelle.

Tableau 8. Comparaison conceptuelle entre MURIGA et mutuelles de santé 'classiques'

	MURIGA	**Mutuelles classiques**
Objectif	Spécifique : réduire la mortalité maternelle et néonatale via un meilleur accès aux soins maternels et néonatals	Large : améliorer l'accès aux soins des populations en général
Paquet de services couverts	Sélectif : femmes et enfants	Elargi : toute la population
	Risque spécifique et à fréquence relativement rare (grossesse)[16]	Risques variables : petits et grands, à fréquence rare et moins rare
Adhésion	Volontaire : par individu à risque, par individu imposable[17] ou par ménage	Volontaire : par individu ou par ménage

[16] 15% des grossesses se compliquent et 5% sont des césariennes (UNICEF/OMS/UNFPA, 1997)

[17] Il s'agit ici d'une adhésion par village ou par sous préfecture. On détermine le montant nécessaire pour le village et on le divise entre le nombre de personnes imposables dans ce village

Mise en place	Processus de mise en place « top-down ». Forte implication de l'administration sanitaire et des partenaires au développement du secteur de la santé.	Besoins et caractéristiques définis par les populations (forte appropriation et « *ownership* »)
Gestion	Forte implication des autorités sanitaires et sociales, cogestion (communauté et administration sanitaire)	Forte participation sociale, gestion communautaire

Une quatrième piste est le *montant des cotisations* qui est également avancé par les femmes non adhérentes comme une des causes de non adhésion. Dans le principe et suivant les guides et orientations des promoteurs des MURIGA, ces dernières doivent prendre en charge les femmes qui n'ont pas la capacité financière de contribuer. Cependant, il n'a pas été possible de retrouver dans les différents rapports des données concernant l'exemption des pauvres. Aucune des données collectées ne permet d'affirmer que les MURIGA ont amélioré l'accès des services au plus pauvres.

CAPACITE DE GESTION DES MURIGA

Ce point reste un des défis du système. Si on peut louer l'existence de guides techniques précisant chaque étape de la constitution d'une MURIGA, la faiblesse de gestion des organes dirigeants restent un gros problème. Les différentes modalités et outils sont rarement respectés ou utilisés, ce qui rend le suivi et l'évaluation très difficile. C'est certainement le point à résoudre en priorité et une responsabilité des instances d'appui (Ministère de la Santé, autorités administratives, organisations internationales) avant d'élargir les services des MURIGA.

La forme d'organisation des MURIGA ne prévoit pas de paiement de droits d'adhésion ni de frais administratifs ce qui réduit les recettes des MURIGA aux seules cotisations pour les soins de santé. La viabilité des MURIGA va donc dépendre de la capacité de mobilisation de bénévoles et

de ressources additionnelles devant servir au fonctionnement administratif. Cette limite est reconnue par plusieurs auteurs à propos du système de mutuelles communautaires en Afrique. Les gérants bénévoles sont souvent mal préparés à mobiliser les ressources et gérer la comptabilité de manière saine et fiable (Criel 2002 ; Huber *et al.* 2005)

VIABILITE FINANCIERE DES MURIGA

Il est apparu lors de la rédaction de ce chapitre que les données comptables des MURIGA étaient très difficiles à obtenir et pas compilées au niveau central. Certaines Communautés Rurales de Développement (CRD) comblent systématiquement les déficits. Certains bailleurs subventionnent les MURIGA à hauteur de 75% des cotisations reçues. Certaines MURIGA n'ont pas été suffisamment appuyées pour calculer le montant de leur cotisation et ont des cotisations ridiculement faibles, ce qui les entrainent en déficit,...On peut se demander si la division des caisses en sous-préfecture n'affaiblit pas quelque part les MURIGA qui peuvent vite se trouver en difficulté de trésorerie si elles doivent assister par coïncidence plusieurs cas lourds durant le même exercice alors que la tendance actuelle est au '*pooling*' des mutuelles pour pouvoir mieux répartir les risques et mieux faire jouer la solidarité sur un plus grand groupe de cotisants.

ELARGISSEMENT DES SERVICES

Plusieurs personnes ont émis le souhait d'un élargissement des services, ce qui permettrait une meilleure acceptation des mutuelles par les hommes et donc une meilleure couverture. Les MURIGA de Kissidougou, de Mandiana et de Dabola ont déjà intégré la prise en charge des enfants dans le paquet et ont ainsi pu offrir des soins à 418 enfants pour toute pathologie confondue en 2006. En termes d'élargissement des services, ce sont les ONG déjà actives dans le domaine des mutuelles classiques qui ont été le fer de lance de ce mouvement comme l'ONG DYNAM et le Projet PRISM avec son projet de Mutuelles en Haute Guinée. L'élargissement ne pourra cependant pas régler le problème des MURIGA dont la gestion est déjà précaire et fragile. Un renforcement des capacités gestionnaires du bureau exécutif de la MURIGA et la qualité des services de santé sont des préalables obligatoires à tout plan d'élargissement des services couverts.

Conclusion

Bien qu'on ne puisse avancer de manière certaine que l'évolution positive de certains indicateurs comme les références et les césariennes sont exclusivement à l'actif des MURIGA, force est de reconnaître que le système est un mécanisme intéressant pour la prise en charge régulière et intégrale des urgences obstétricales. Cependant, le système est encore loin de couvrir tout le pays et toute la population. Dix-sept préfectures sur 33 ont des MURIGA et dans ces préfectures le taux de pénétration n'est que d'environ 10%. On remarque dans le fonctionnement de ce qui se voulait un mécanisme de participation communautaire, une insuffisance de l'appropriation par la communauté. Dans certains districts, la gestion est directement assurée par le prestataire de soins. Dans d'autres, les hommes s'impliquent parce que les compétences chez les femmes ne seraient pas disponibles (taux d'alphabétisation chez les femmes en milieu rural très faible). Il serait intéressant d'étudier les modalités d'autonomisation de la gestion et voir comment renforcer les capacités des acteurs communautaires (Ndiaye *et al.* 2007).

Pour les acteurs de la mutualité en Guinée, l'élargissement du mandat des MURIGA ou tout au moins leur intégration dans des mutuelles plus grandes est nécessaire et souhaitable, d'autant que cet objectif figure dans les perspectives depuis la conception des MURIGA. Mais la faible capacité contributive des populations soutenue par la pauvreté peut constituer un frein à cet élargissement. Pour le moment, même si on note une tendance vers une ouverture des prestations et du public cible, les MURIGA restent encore une formule particulière et sélective.

Malgré les imperfections relevées de l'approche mutualiste MURIGA, la satisfaction exprimée par les différents acteurs impliqués dans leur développement (bénéficiaires, autorités, élus et agents de santé) et la demande spontanée des non adhérents, constituent des atouts non négligeables dans une perspective d'amélioration et d'extension de l'approche. Dans le domaine de l'amélioration de la mobilisation et de l'utilisation rationnelle des ressources financières, on note (i) la révision de la politique pharmaceutique nationale qui a pour but la formulation d'une nouvelle stratégie d'approvisionnement en médicaments et la définition d'une politique des prix ; (ii) la signature d'un accord de crédit, le 29

septembre 2005, avec la Banque Mondiale relatif au financement de l'Appui au Plan National de Développement Sanitaire (APNDS) dont l'objectif est de réduire la mortalité maternelle et infantile dans 18 Préfectures (Koundara, Gaoual, Dinguiraye, Dabola, Kissidougou, Kérouané, Mandiana, Siguiri, Kouroussa, Télimélé, Tougué, Mali, Koubia, Lélouma, Pita, Dalaba, Guéckédou, Beyla) et; (iii) la réflexion avec la Banque Mondiale sur l'élaboration d'une politique de financement de la santé en vue de mettre en place des mécanismes de partage des risques (FMI 2007).

Remerciements

Nos remerciements les plus chaleureux s'adressent à Mme Fabienne Richard, du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale à Anvers, pour son appui considérable à la finalisation de ce texte. Nous lui en sommes très reconnaissants.

Références

Afro (2005) Country Report www.afro.who.int/amd2005/country_reports/guinee.pdf (Accessed on 10th September 2008).

Condé S, Camara H, Camara F & Dramou P (2004) Réforme hospitalière et financement des hôpitaux en Guinée. http://info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20Hospitaliere/docs/Guinee/RHetFinancementGuinee.pdf (Accessed on 10th September 2008).

Criel B (2002) Réflexions finales. In Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. (éd. B Criel, AA Barry, F v Roenne), Institut de Médecine Tropicale Anvers, Belgique, pp239-50.

Criel B & Waelkens M-P (2003) Declining subscriptions to the Maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is going wrong? *Social Science and Medicine* **57**(7), 1205-19.

Criel B, Diallo AA, Van der Vennet J, Waelkens M-P & Wiegandt A (2005) La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes : le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry. *Tropical Medicine & International Health* **10**(5), 450-63.

Direction Nationale de la Statistique (DNS Guinée) & ORC Macro (2000) Enquête Démographique et de Santé, Guinée 1999. Calverton, Maryland USA.

Direction Nationale de la Statistique (DNS - Guinée) & ORC Macro (2006) Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005. Calverton, Maryland, U.S.A.

Dynam (2004) Rapport de la mise en place des MURIGA dans les Préfectures de Télimélé et Pita.

Eckert E, Gupta N, Edwards M, Kolstad R & Barry A (2002) Guinea Health Facility Survey 2001. *MEASURE Evaluation Technical Report Series*, No. 11. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. April 2002.

Fonds monétaire international (2007) Guinée - 3e rapport de mise en oeuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté. *Rapport du FMI* no 07/140.

Gautier B, Boutbien A & Galland B (2005) L'Union des Mutuelles de Guinée Forestière Guinea Forestière. *CGAP Etude de Cas* n° 17. http://info.worldbank.org/etools/docs/library/233097/Reform%20Hospitaliere/htm/153_FinAcces.htm (Accessed on 10th September 2008).

Huber G, Hohmann J & Reinhard K (2003) Mutual health organisation (MHO) - Five years experience in West Africa. Concernes, controversies and proposed solutions. Eschborn: DeutscheGesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ).

Kourouma M (2005) Analyse de l'expérience des mutuelles pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA) dans l'amélioration de l'accès aux soins maternels et néonatals au niveau du district sanitaire de Dabola, République de Guinée. Thèse de maîtrise, Cours International pour la Promotion de la Santé, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique.

Ministère du Plan (2004) République de Guinée. Programme national d'actions en matière de population 2005 - 2009. Secrétariat permanent de la CNPRH.

Ministère du Plan, Direction Nationale de la Statistique (2006) Enquête Démographique et de Santé Guinée 2005.

Ndiaye P (2006) Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts. Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI), Ottawa, Research Matters.

Ndiaye P, Soors W & Criel B (2007) A view from beneath: community health insurance in Africa. *Tropical Medicine & International Health* **12**(2), 157-61.

Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Guinée 2007 - 2011. http://www.undg.org/archive_docs/8298-Plan-Cadre_des_Nations_Unies_pour_l_Aide_au_Developpement_2007-2011.doc (Accessed on 10th September 2008).

PNMSR (2006) Guide Technique de Mise en Place des Mutuelles pour la Prise en Charge des Risques liées à la Grossesse et à l'Accouchement (MURIGA).

PNUD (2006) Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Guinée 2007 - 2011.http://www.undg.org/archive_docs/8298-Plan-Cadre_des_Nations_Unies_pour_l_Aide_au_Developpement_2007-2011.doc. (Accessed on 10th September 2008).

UNICEF/OMS/UNFPA (1997) Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. 2nd Edition. UNICEF, New York.

Soumaré AN (2004) Rapport final de l'évaluation des MURIGA de Guinée.

Tambalou R (2005) Etude sur les bonnes pratiques/expériences en matière de couverture sanitaire par les mutuelles de santé et autres systèmes de micro-assurance santé en Guinée.

Annexe1

MODE DE CALCUL DES COTISATIONS SELON LA GARANTIE CHOISIE

Soit X, le nombre d'accouchements attendus dans la CRD/CU, Y le nombre de complications obstétricales attendues, Z le nombre de césariennes attendues, CT le coût de transport, CP le coût de prestations sanitaires et UC le nombre d'unités cotisantes :

- Choix de la garantie 1 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y) + (Tarif de la césarienne x Z) + CT) x 10%/UC
- Choix de la garantie 2 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y)+ (Tarif de la césarienne x Z) + (Tarif de CPN x X) + CT) x 10%/UC
- Choix de la garantie 3 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y)+ (Tarif de la césarienne x Z) + (Tarif de la CPN x X) + (Tarif de l'accouchement normal x X) + CT) x 10%/UC
- Choix de la garantie 4 = ((Tarif d'interventions d'obstétrique compliquées x Y)+ (Tarif de la césarienne x Z) + (Tarif de la CPN x X) + (Tarif de l'accouchement normal x X) + Coût de l'accompagnant (transport ou transport + nourriture) + CT) x 10%/ UC

La micro-assurance santé en Afrique sub-saharienne : une opportunité pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence ?

Werner Soors[1], Maria-Pia Waelkens[1] & Bart Criel[1]

Résumé

Le partage des risques atténue le fardeau financier pour les ménages et le prépaiement assure un accès rapide en cas de besoin. Ces deux caractéristiques de l'assurance contribuent à améliorer l'accès aux soins et réduisent le délai dans la recherche de soins. Un accès rapide est particulièrement important pour les soins obstétricaux d'urgence. En effet, les données recueillies à partir des micro-assurances santé en Afrique montrent que le financement des soins obstétricaux d'urgence est un service inclus prioritairement dans la couverture offerte. Les changements récents dans l'offre des soins obstétricaux d'urgence, en particulier la prévisibilité des coûts et l'amélioration des services, représentent une opportunité majeure d'inclure les soins obstétricaux d'urgence dans le paquet de bénéfices offerts par l'assurance. Les micro-assurances santé peuvent aisément s'adapter à un environnement changeant. Quels que soient les autres mécanismes de financement des soins obstétricaux d'urgence en place, les micro-assurances santé peuvent couvrir les frais restant. La complémentarité des micro-assurances santé avec les autres interventions dépasse les seuls aspects financiers dans la mesure où ces dispositifs vont jusqu'à jouer un rôle d'intermédiaires entre les professionnels de santé et la population.

Dans cet article, nous illustrons les contributions possibles des micro-assurances santé à l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en s'appuyant sur des expériences africaines.

[1] Unité de politique et financement de santé, Département de santé publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers. Email : wsoors@itg.be (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

Mots clés : Micro-assurance santé, mutuelles de santé, santé maternelle, accès, financement, Afrique sub-saharienne.

Introduction

Les micro-assurances santé visent l'amélioration de l'accès aux soins et la protection des ménages contre les dépenses qui peuvent y être liées. Le terme de micro-assurances santé recouvre un large spectre de dispositifs solidaires basés sur la mutualisation des risques pour couvrir une partie ou l'intégralité des coûts des services sanitaires. Dans une plus ou moins grande mesure, les micro-assurances santé ciblent les ménages qui tirent leurs revenus du secteur informel et qui sont exclus des systèmes formels de protection sociale. L'adhésion est par conséquent habituellement volontaire. En principe, ces dispositifs promeuvent une prise de décision et une gestion participatives. Elles sont construites sur des principes d'aide mutuelle et de solidarité, le partage des risques y est aussi étendu que possible et la cotisation des membres est indépendante de leur état de santé. Cependant, les cotisations sont généralement fixes et par conséquent ne sont pas modulables selon la capacité à payer des ménages (Bennett 2004; Bennett & Kelley 2004; Criel *et al.* 2008).

Les micro-assurances santé en Afrique ont débuté à travers des initiatives isolées dans les années 1980 et ont connu depuis une extension rapide. Un décompte dans 11 pays francophones d'Afrique de l'Ouest montre une augmentation de 76 dispositifs actifs en 1997 à 366 en 2003 (La Concertation 2004) et à 626 en 2006 (Ndiaye *et al.* 2007). Plusieurs pays dont les plus notables sont le Ghana (Agyepong & Adjei 2008) et le Rwanda (PHR*plus* 2006) ont fait des micro-assurances santé une politique nationale.

La contribution des micro-assurances santé à prendre en charge les services de santé maternelle a déjà été étudiée auparavant. En 2001, l'Organisation Internationale du Travail a mené une étude sur la prise en charge des soins maternels offerte par les dispositifs existants (ILO 2003). Les pays africains concernés par cette étude étaient le Sénégal, la Tanzanie et l'Ouganda. L'étude signale que 23 dispositifs, dont 13 en Afrique, offrent une prise en charge de la grossesse mais cette étude fournit seulement des informations basiques sur les dispositifs. PHR*plus*, un des partenaires principaux des micro-assurances santé en Afrique, propose des lignes directrices pour promouvoir les services de santé de la procréation via les

micro-assurances en s'appuyant sur les expériences connues en Afrique subsaharienne (PHR*plus* 2004). Il existe, cependant, très peu de constats empiriques sur les effets des systèmes de micro-assurance santé en Afrique (Ekman 2004). Une première tentative réunissant des données provenant de trois pays d'Afrique de l'Ouest sur les mutuelles de santé et l'utilisation des services de santé maternels a été publiée en 2008 (Smith & Sulzbach 2008).

Cet article traite de la contribution potentielle des micro-assurances santé au financement des soins obstétricaux d'urgence en Afrique aujourd'hui. Nous nous appuyons sur des données secondaires tirées de la littérature existante et des revues documentaires et nous utilisons des données primaires recueillies lors de nos propres consultations sur le terrain (Ouganda, Togo, Mauritanie et Mali).

Assurance : un accès aux soins amélioré grâce au prépaiement et au partage des risques

Les micro-assurances santé partagent avec d'autres formes d'assurance santé, les principes directeurs de prépaiement et de partage des risques. Le prépaiement assure un accès en temps voulu et ce, même quand l'argent est rare. Le partage des risques des dépenses de santé allège leur poids pour les individus et permet de rendre accessible des services coûteux.

De ce point de vue technique, les soins obstétricaux d'urgence constituent typiquement le genre de services pouvant être pris en charge par l'assurance santé. Ce sont des services pour lesquels un accès rapide quand une urgence se présente demeure crucial. Les femmes qui ont prépayé leur contribution à un système d'assurance santé peuvent avoir accès aux soins sans attendre d'avoir rassemblé l'argent pour payer la tarification des soins réservée aux usagers. Alors que le prix d'une césarienne est élevé et souvent inabordable pour un ménage (Kowalewski *et al.* 2002; Storeng *et al.* 2008), le partage des risques permet de faire la différence (Richard *et al.* 2007) précisément parce que la césarienne reste un risque rare. Ceci peut être illustré en utilisant un exercice de calcul des cotisations tiré d'un dispositif d'assurance santé ougandais (Encadré 1).

Encadré 1. Césarienne et répartition du risque en Ouganda

Selon les statistiques nationales, les femmes enceintes représentent 5% de la population en Ouganda (UBOS 2006). Au centre de santé de Nyamwegabira, le coût moyen d'un accouchement sans complication est 7.400 shilling ougandais (UGS). On estime que 60% des femmes se rendent au centre de santé pour accoucher. Par conséquent, la cotisation pour ce service est de 222 UGS par individu membre de la micro-assurance santé par an. Quand une césarienne est requise, le coût moyen pour le transport vers l'hôpital de référence plus les frais occasionnés par les complications de l'accouchement s'élèvent à 70.000 UGS (27 €). On estime que 10% de l'ensemble des femmes se rendant au centre de santé pour accoucher auront besoin d'un tel service. Par conséquent, la contribution par individu membre est évaluée à 210 UGS (0,08 €) par an.

Un service coûteux devient ainsi abordable quand le risque est réparti sur tous les membres. En fait, la cotisation individuelle s'approche de celle relative à un service beaucoup moins cher mais plus fréquent.

Services	**Consommation attendue**			**Calcul des cotisations**
	% de la population A	**Usage attendu B**	**Coût moyen C**	**Prime A x B x C**
Accouchement sans complication au centre de santé	0,05	0,60	7.400 UGS	222 UGS
Césarienne + transport à l'hôpital	0,05	0,06	**70.000 UGS** (27 €)	**210 UGS** (0,08 €)

Source: Waelkens MP (2007) Third phase of the feasibility study: preparing decision-making. Ugandan visit report April 13-30, 2007.

Les soins obstétricaux d'urgence : un besoin identifié comme prioritaire

Les micro-assurances santé couvrent rarement tous les services de santé dès le départ (Bennett & Kelley 2004). Au début particulièrement, le nombre d'adhérents peut être trop petit et les ressources mobilisées trop faibles pour être en mesure de le faire. Progressivement, quand la compréhension et la confiance, ainsi que le nombre d'adhérents, augmentent, les adhérents peuvent souhaiter ajouter des services au paquet initial et les micro-assurances peuvent être en mesure de le faire. Au début, les adhérents et les micro-assurances doivent faire des choix difficiles. Le paquet offert reflète un équilibre entre des priorités sociales définies par les adhérents et des priorités techniques identifiées par les gestionnaires des micro-assurances.

Les différents inventaires des mutuelles de santé[2] en Afrique de l'Ouest conduits par *La Concertation*[3] donnent une idée de la place des soins obstétricaux d'urgence parmi les services couverts. Sur 366 mutuelles actives recensées dans l'inventaire de 2003, 55% fournissaient une couverture pour la césarienne. Seuls les médicaments génériques et les accouchements sans complication étaient inclus plus souvent dans le contrat (Tableau 1). L'inventaire de 2006[4] confirme la place prioritaire réservée aux soins obstétricaux d'urgence: l'acte de césarienne était couvert par 72% des micro-assurances[5]. Seuls les médicaments génériques, les services curatifs de première ligne et les accouchements sans complication étaient couverts plus fréquemment.

---

[2] La mutuelle de santé est le type de micro-assurance santé le plus courant en Afrique de l'Ouest.

[3] *La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique* : un réseau comprenant la plupart des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Voir http://www.concertation.org

[4] Inventaire permanent-Afrique-2006, Concertation, http://www. concertation.org/gimi

[5] L'apparente augmentation de la couverture de la césarienne de 55 à 72% ne devrait pas être considérée comme significative : les méthodes de recueil des données ont changé, et l'inventaire de 2006 rassemble des informations sur seulement 126 mutuelles actives. Au lieu de contacter toutes les mutuelles de santé connues individuellement comme cela avait été le cas en 2003, les gestionnaires des mutuelles étaient censés rentrer eux-mêmes leurs données en ligne. Par conséquent, il se peut que cette méthode ait exclu les plus petites mutuelles qui couvrent moins souvent les frais liées à la référence.

Tableau 1. Services couverts par les mutuelles de santé selon l'inventaire de 2003 de La Concertation

Service	Nombre de mutuelles de qui couvrent le service	Pourcentage de mutuelles qui couvrent le service
Médicaments génériques	285	77,9%
Accouchement sans complication au 1er échelon	212	57,9%
Césarienne	**201**	**54,9%**
Consultation externe au 1er échelon	197	53,8%
Hospitalisation au 1er échelon	185	50,5%
Soins prénatals au 1er échelon	176	48,1%
Accouchements compliqués mais sans césarienne	166	45,4%
Hospitalisation dans un service de Médecine	162	44,3%
Chirurgie	159	43,4%
Ambulance	136	37,2%
Transport local	57	15,8%

Source: La Concertation (2004)

Les services les plus souvent inclus dans le paquet des micro-assurances santé en Afrique sont ceux qui sont le plus souvent nécessaires et utilisés : les services curatifs au premier échelon, les médicaments génériques et les accouchements sans complication. Les soins en hôpitaux et le transport vers l'hôpital sont couverts dans une moindre mesure. Différentes raisons peuvent expliquer ce choix (PHR*plus* 2004). Tout d'abord, du point de vue de l'assureur, l'inclusion des risques coûteux n'est pas une option à prendre en considération pour les petits dispositifs d'assurance car cela menace la solvabilité quand le nombre de demandes d'indemnisation devient élevé (Dror 2002). Deuxièmement, du point de vue de la demande, les adhérents des micro-assurances santé ont tendance à préférer que les risques relativement fréquents soient couverts, comme les soins curatifs ambulatoires, car cela leur offre un retour sur investissement tangible. L'assurance santé est un concept assez nouveau : les gens savent rarement que la couverture des risques rares et coûteux constitue le bénéfice intrinsèque le plus rentable de l'assurance. Troisièmement, du point de vue de l'offre, des soins hospitaliers de qualité à une distance raisonnable ne sont

pas toujours disponibles; mais chaque fois que les soins hospitaliers sont couverts, la césarienne est le service le plus souvent inclus dans le contrat. Cela reflète bien que les soins d'urgence liés à l'accouchement représentent une des priorités des gens.

Une fois qu'un service a été inclus dans le contrat, le co-paiement, c'est-à-dire la part du coût qui reste à la charge du bénéficiaire, peut aussi refléter les choix des gens. Selon l'inventaire de 2003, aucun co-paiement n'est exigé pour les césariennes dans 48% des mutuelles de santé qui couvrent ce type de services. Cela vaut la peine d'être souligné dans la mesure où le co-paiement tend à se généraliser. La césarienne est souvent le seul service pour lequel aucun co-paiement n'est exigé (La Concertation 2004).

La manière dont les adhérents et les gestionnaires des micro-assurances tendent d'équilibrer attentivement l'inclusion de nouveaux services et le co-paiement peut être illustrée par les choix faits au Togo (Encadré 2).

Encadré 2. Césariennes, services couverts et co-paiement au Nord et au Centre du Togo

La contribution annuelle pour les mutuelles de santé de Tidonti, Sikbaog, Kpong et Tammongue au Nord du Togo est de 1.500 CFA (environ 2,30 €) par foyer adhérent par an. La césarienne est pour le moment le seul soin hospitalier inclus dans le contrat d'assurance. La mutuelle prend en charge toutes les dépenses afférentes à la césarienne jusqu'à un plafond de 80.000 CFA (122 €). Le montant de ce plafond a été fixé en accord avec le montant moyen des dépenses pour une césarienne à l'hôpital de référence Dapaong. L'hôpital n'est pas doté d'ambulance et les coûts relatifs au transport d'urgence ne sont pas encore pris en compte dans le contrat. La faisabilité d'inclure d'autres services hospitaliers sera étudiée courant 2008.

Depuis leur début en 2004, les quatre mutuelles ont enregistré 359 accouchements. Six femmes ont été référées à l'hôpital à cause de complications, deux d'entre elles ont dû bénéficier d'une césarienne.

Deux mutuelles de santé ont été créées au Togo Central en 2007. Elles ont bénéficié de l'expérience des mutuelles du Togo Nord et ont été moins réticentes à couvrir des services coûteux. Elles ont très bien intégré le fait que prendre en charge les césariennes ne constituait pas nécessairement une menace pour la stabilité financière de leur dispositif, à condition que le nombre d'adhérents soit suffisamment élevé et que de bons accords aient été passés avec l'hôpital. Par conséquent, elles n'ont pas fixé de plafond pour la césarienne et ont été capables de mieux réduire les barrières financières que ne l'ont fait leurs collègues. Dans le

cas de Tchaoudjo, la mutuelle est en train d'explorer les possibilités d'inclure les soins d'urgence pour les enfants souffrant de paludisme sévère comme seconde priorité après la césarienne.

Couverture de la mutuelle (proportion des prises en charge sans co-paiement)	**Togo Nord: Tidonti, Sikbaog, Kpong, Tammongue**	**Togo Central: Tchaoudjo**	**Togo Central: Sotouboua**
Services de premier échelon			
Consultation curative + médicaments génériques	80%	70%*	75%*
Accouchements normaux	50%	50%	50%
Soins prénatals	50%	50%	50%
Services de référence			
Césarienne (intervention + hospitalisation)	100%, jusqu'à 80.000 CFA (122 €)	100%	100%
Admission pour des cas sévères de paludisme pour les enfants	-	60%	-

* Y compris les actes mineurs de chirurgie, les interventions pour des morsures de serpents, les tests rapides et les admissions pour observation

Sources: Evaluation des mutuelles de santé & entretiens avec Jean de la Croix Yangnenam (Dapaong) et Graziella Ghesquière (Sokodé)

Les contrats actuels ne couvrent que quelques services hospitaliers, mais tous incluent la césarienne. Les adhérents sont d'accord de ne pas élargir à d'autres services hospitaliers avant d'atteindre un nombre suffisant de membres. Le co-paiement est systématique pour tous les services du premier échelon. En effet, les adhérents informés ont bien compris qu'une contribution personnelle pour ce type de service peut limiter le recours inutile aux services de santé. Les mutuelles de santé ne prennent en charge que 50% du coût des accouchements sans complication. L'idée étant que le coût d'un accouchement sans complication est abordable, et que les femmes ont assez de temps pour réunir l'argent nécessaire. Aucun co-paiement, cependant, n'est requis pour les césariennes : les gestionnaires ne voient pas l'intérêt de mettre des filtres limitant le recours à ce service et les gens savent bien qu'en cas de césarienne, il n'y a pas de temps pour trouver de l'argent.

D'autres micro-assurances santé semblent suivre le même raisonnement. Au Ghana par exemple, avant la mise en place de la politique d'accouchement gratuit, 72% des 47 micro-assurances enquêtées couvraient

l'ensemble des dépenses liées aux accouchements avec complication (Atim et al. 2001), alors que seulement 29% couvraient les accouchements sans complication (PHRplus 2004).

Les efforts du côté de l'offre de services : de réelles opportunités pour inclure les soins obstétricaux d'urgence dans les contrats d'assurance

Le calcul de la cotisation relative à l'inclusion de soins hospitaliers dans le contrat d'assurance n'est pas une tâche facile dans des pays à faibles ressources. Souvent les informations nécessaires ne sont pas disponibles. Les coûts pour les soins hospitaliers sont rarement prévisibles. La liste des coûts peut ne pas être transparente ou il peut ne pas exister du tout de coûts standardisés. Les prestataires hospitaliers peuvent être réticents à fixer des prix dans la mesure où ils essaient d'adapter le traitement et les prix aux capacités financières des patients.

Mais le cas des soins obstétricaux d'urgence diffère de plus en plus de ce constat d'ensemble. Des années d'efforts pour que l'offre prenne mieux en compte les soins obstétricaux ont contribué à améliorer les soins obstétricaux d'urgence, à rendre les coûts plus bas et/ou plus prévisibles. La tarification des soins obstétricaux est devenue plus transparente que celle des autres soins de santé. Beaucoup d'hôpitaux et de maternités proposent maintenant la césarienne à un prix fixe, comprenant ou pas les médicaments et les jours d'hospitalisation. Du point de vue de l'assurance, cette évolution a rendu l'inclusion des soins obstétricaux d'urgence moins difficile qu'elle ne l'a été. L'encadré 3 illustre comment les effets combinés de la prédictibilité des coûts et de la possibilité de faire appel à des soins de qualité peuvent positivement influencer le contenu et le prix d'un contrat d'assurance.

Encadré 3. Les services obstétricaux couverts et le remboursement proposé dans le projet sanitaire de Dar-Naïm, Nouakchott

Le projet de santé de Dar-Naïm (PSDN) est une organisation privée non lucrative qui gère quatre structures sanitaires (un centre de santé et trois postes sanitaires) et qui soutient la *Mutuelle de Santé Communautaire de Dar-Naïm* (MSCDN) à Dar-Naïm, un des districts urbains de la capitale mauritanienne Nouakchott.

En 2006, le MSCDN a remboursé à 75% 60 accouchements sans complication dans les structures sanitaires du PSDN et trois césariennes (sur sept femmes référées à cause d'un travail compliqué) à 100% dans un hôpital de référence. Le coût pour un accouchement sans complication était de 1.500 ouguyia (UM) ; le prix pour une césarienne variait et était en moyenne de 26.750 UM (73€).

En 2007, le MSCDN a remboursé à 75% 38 accouchements sans complications dans les structures sanitaires du PSDN et deux césariennes (sur 8 femmes référées à cause d'un travail compliqué) à 100% dans le même hôpital de référence. Le coût pour une grossesse sans complication était toujours de 1.500 UM ; le coût pour une césarienne était alors fixé à 30.000 UM (82€). Ce dernier coût n'incluait pas les médicaments et les jours d'hospitalisation. La mutuelle remboursait un maximum de 5.000 UM pour un accouchement difficile sans césarienne et donnait à toutes les femmes référées 500 UM pour le transport.

En avril 2008, le PSDN a signé un contrat concernant la référence des femmes présentant un travail compliqué avec le centre de santé de Sebkha, une structure sanitaire spécialisée dans les soins obstétricaux. Le contrat entre les deux prestataires garantit au PSDN un prix fixe de 20.000 UM (54 €) pour une césarienne et de 3.500 UM pour une grossesse avec complication mais sans césarienne. Ce prix inclut l'intervention, les médicaments, les jours d'hospitalisation et toutes les dépenses liées autres que les coûts de transports. Si les médicaments ne sont pas disponibles au centre de santé de Sebkha, ce centre prend en charge leur achat en pharmacie.

Le PSDN a mis en place un *Forfait obstétrical* (Renaudin *et al.* 2008) depuis avril 2008. Indépendamment de l'intervention requise, toutes les femmes qui se présentent pour un accouchement doivent payer 3.000 UM (le prix demandé pour les accouchements sans complication dans les autres centres de santé du secteur). Indépendamment de l'intervention réalisée (accouchement sans complication à la structure sanitaire du PSDN ou accouchement avec complication au centre de Santé de Sebkha), le remboursement pour les adhérents à la MSCDN est de 75%, avec un co-paiement par ménage de 750 UM (2 €). Tous les risques financiers sont maintenant pris en charge par le prestataire.

Sources: Evaluation de projet & entretien avec Bâ Abdoulaye Samba , Nouakchott

L'adaptation sans heurt de la mutuelle de santé de Nouakchott à un environnement changeant n'est pas anecdotique. Cela illustre une caractéristique centrale de la micro-assurance santé : la flexibilité due à la proximité. En effet, la prise de décision participative des bénéficiaires permet au dispositif de s'adapter promptement et de manière appropriée à un environnement changeant. Le véritable intérêt porté aux préoccupations et aux demandes de la communauté est déjà palpable dans la mise en place d'une micro-assurance santé qui passe par la conduite d'une étude de faisabilité. Le remboursement des coûts de transport pour les accouchements avec complication au Mali avant et après 2005 nous en fournit un bon exemple (cf. Encadré 4).

Encadré 4. Remboursement des coûts de transport par la mutuelle de santé communautaire à Ségou, Mali, avant et après la gratuité au niveau national

Malgré plus d'une décennie de réformes bien intentionnées du secteur sanitaire, les indicateurs de santé maternelle du Mali sont loin d'être enviables. Avant le début du siècle, le ratio de mortalité maternelle dépassait toujours les 570 pour 100.000 naissances vivantes. L'absence ou l'inaccessibilité des soins obstétricaux d'urgence a certainement joué un rôle : en moyenne seulement 0,8 interventions obstétricales majeures étaient réalisées pour 100 naissances attendues (UON Network 2001).

Pour changer les choses, le gouvernement malien déclara la césarienne gratuite en juillet 2005. Contrairement au Ghana et au Sénégal (Witter *et al.* 2008), l'exemption fut appliquée à tous les coûts directs (le coût total de l'intervention chirurgicale, les médicaments, les tests biologiques et les journées d'hospitalisation) pour toutes les femmes qui se présentaient dans les structures sanitaires de référence avec des symptômes nécessitant une césarienne. Comme au Ghana et au Sénégal, le transport (et les autres coûts indirects) ne furent pas pris en charge. Les décideurs partaient du principe qu'un système de partage des coûts national déjà mis en place au niveau de référence* pallierait cette déficience. Les usagers et les mutuelles de santé jugent ce mécanisme de partage de coûts compliqué et inefficace.

Dans la région centrale de Ségou au Mali, la plupart des mutuelles de santé constituées avant 2005 remboursent 75% des coûts de transport pour les femmes dont l'accouchement présente des complications, et ce malgré la présence d'un mécanisme de partage des coûts.

Dans la même région, toutes les mutuelles de santé créées après 2005 remboursent 100% des coûts de transport des femmes en cas de complication de l'accouchement. Les demandes réitérées des usagers dans l'étude de faisabilité ont

poussé à opter pour un remboursement maximum dès le début de la mise en place des mutuelles.

* Le partage des coûts est pratiqué à travers un fond de solidarité (*Caisse de Solidarité*) géré au niveau des structures sanitaires de référence, avec contribution financières des parturientes, de l'organisation communautaire possédant le centre de santé dans le village d'origine (*ASACO, Association de santé communautaire*), des administrations villageoises et de la structure sanitaire de référence.

Source: Références mentionnées et témoignages de Seydou Ouattara et Aly Barry, Ségou

La complémentarité des micro-assurances santé avec les autres interventions dépasse les seuls aspects financiers. L'identification d'une micro-assurance santé à une communauté bien définie offre une interface intéressante entre les décideurs, les prestataires de santé et la communauté. Les micro-assurances jouent alors un rôle dans l'organisation de l'accès aux services en rapprochant les services de leurs bénéficiaires-cibles. Les décideurs, les représentants du gouvernement et les prestataires approchent de plus en plus les micro-assurances santé pour qu'elles soient un relais d'information vers les usagers sur les services et les nouvelles politiques mis en place. Au Mali par exemple, l'implication des mutuelles de santé et des associations de santé communautaires (ASACO) dans la communication de la gratuité de la césarienne fait partie de la stratégie de mise en œuvre.

Performances et impacts des micro-assurances santé sur la santé maternelle

La perception des experts sur la performance et l'impact des micro-assurances santé est mitigée (Bennett 2004; Carrin *et al.* 2005; Ekman 2004), en partie à cause du manque de données empiriques, en partie à cause de l'absence d'un cadre uniforme d'analyse. Dans une revue récente des différents mécanismes de financement pour la santé maternelle, on a fait l'éloge de l'assurance car elle permettait aux ménages de payer quand ils pouvaient, parce qu'elle réduisait les incertitudes et parce qu'elle pouvait être utilisée pour favoriser la référence vers l'hôpital. En revanche, les contributions trop chères pour les très pauvres, la pérennité financière limitée des dispositifs, la mise en commun limitée des risques et le fait que la grossesse ne soit pas considérée comme "un risque typiquement assurable" ont été décrits comme les inconvénients majeurs de l'assurance pour

financer la santé maternelle (Borghi *et al.* 2006).

Si on considère les effets de la micro-assurance santé sur l'accouchement institutionnel, les études menées par PHR*plus* au Mali (Diop *et al.* 2006, Franco *et al.* 2006) et au Sénégal (Diop *et al.* 2006) démontrent une utilisation plus grande des services chez les adhérentes que chez les non-adhérentes, mais les dispositifs étudiés dans ces études sont de plus petite envergure que la moyenne de ceux qui existent en Afrique, ce qui limite à la fois le potentiel de ces dispositifs et la crédibilité des résultats.

Les données recueillies à partir de deux micro-assurances plus larges en République Démocratique du Congo (Criel *et al.* 1999) et au Ghana (Diop *et al.* 2006; Sulzbach *et al.* 2005) offrent un tableau plus clair. Les deux dispositifs poursuivent l'objectif commun d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers, y compris aux soins obstétricaux d'urgence. En RDC, les adhésions à la micro-assurance de Bwamanda ont entraîné un recours accru à la césarienne. Cette augmentation relative du taux de césarienne était encore plus prononcée dans les communautés les plus éloignées de l'hôpital, suggérant que la mise en place du système d'assurance a contribué à compenser les barrières géographiques limitant l'utilisation de l'hôpital. Au Ghana, l'adhésion au plan de santé communautaire de Nkoranza s'est traduite par une augmentation de 12% des accouchements institutionnels. Les femmes assurées à Nkoranza étaient deux fois plus susceptibles de bénéficier d'une césarienne que les femmes non assurées (Sulzbach *et al.* 2005).

Conclusion : un rôle à jouer pour la micro-assurance santé dans l'amélioration des soins obstétricaux d'urgence

Dans cet article, nous avons présenté quatre arguments en faveur de la contribution de la micro-assurance santé à l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Premièrement, d'un point de vue technique, le partage des coûts appliqué à un événement rare mais cher rend le prix à payer abordable pour l'individu. Cela fait des soins obstétricaux d'urgence un candidat exemplaire pour l'assurance santé, indépendamment du fait que l'on puisse considérer la grossesse elle-même comme un risque typiquement assurable ou pas.

Deuxièmement, des données issues d'un échantillon large de mutuelles

de santé en Afrique montrent que le financement des soins obstétricaux d'urgence par ces dispositifs correspond à une réponse prioritaire apportée à un besoin perçu à la fois du côté de la demande et du côté de l'offre. Les données des mutuelles de santé du Togo montrent que cette réponse ne doit pas être réservée aux grands dispositifs (bien que nous reconnaissions que la taille aide).

Troisièmement, des améliorations récentes dans les prestations offertes en matière de soins obstétricaux d'urgence, particulièrement la prédictibilité des coûts et l'amélioration des services, offrent une réelle opportunité pour inclure les soins obstétricaux d'urgence dans le paquet de soins et de services pris en charge par la micro-assurance santé.

Quatrièmement, la micro-assurance santé présente une valeur ajoutée liée à son fonctionnement centré sur l'usager. Elle peut s'adapter avec souplesse à un environnement changeant. Quels que soient les autres mécanismes de financement des soins obstétricaux d'urgence en place, les soins ne seront jamais gratuits pour les bénéficiaires. La complémentarité des micro-assurances santé avec les autres interventions visant à améliorer l'accès à des soins obstétricaux d'urgence de qualité est ainsi la bienvenue. Cette complémentarité dépasse le domaine strictement financier dans la mesure où ces dispositifs jouent aussi un rôle d'intermédiaire entre les professionnels de santé et la population.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Jean de la Croix Yangnenam et Graziella Ghesquière pour les données du Togo, Bâ Abdoulaye Samba pour les données de la Mauritanie, et Seydou Ouattara et Aly Barry pour les données du Mali. Les auteurs assument l'entière responsabilité quant à l'interprétation de ces données.

Références

Agyepong I & Adjei S (2008) Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance Scheme. *Health Policy and Planning* **23**(2), 150-60.

Atim C, Grey S, Apoya P, Anie S & Aikins M (2001) A survey of health financing schemes in Ghana. Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates, Bethesda, MD.

Bennett S (2004) The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. *Health Policy and Planning* **19**(3), 147-58.

Bennett S & Kelley A (2004) 21 questions on CBHF: an overview of community-based health financing. Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates, Bethesda, MD.

Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C & Mills A (2006) Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* **368**(9545), 1457-65.

Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005) Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine & International Health* **10**(8), 799-811.

Criel B, Van der Stuyft P & Van Lerberghe W (1999) The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns. *Social Science & Medicine* **49**(7), 897-911.

Criel B, Waelkens MP, Soors W, Devadasan N & Atim C (2008) Community health insurance in developing countries. In Kris Heggenhougen and Stella Quah (Eds). *International encyclopedia of public health*, Volume 1, Academic Press, San Diego, CA, pp 782-91.

Diop F, Sulzbach S & Slavea C (2006) The impact of mutual health organizations on social inclusion, access to health care, and household income protection: evidence from Ghana, Senegal, and Mali. Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates, Bethesda, MD.

Dror D (2002) Health insurance and reinsurance at the community level. In David Dror and Alexander Preker (Eds) *Social reinsurance: a new approach to sustainable community health financing*, Geneva, ILO & Washington, the World Bank.

Ekman B (2004) Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning* **19**(5), 249-70.

Franco L, Simpara C, Sidibé O, Kelley A, Diop F, Makinen M, Ba A & Burgert C (2006). Equity initiative in Mali: evaluation of the impact of mutual health organizations on utilization of high impact services in Bla and Sikasso districts in Mali. Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates, Bethesda, MD.

ILO (2003) Extending maternity protection to women in the informal economy: an overview of community-based health-financing schemes. International Labour Organisation, Geneva.

Kowalewski M, Mujinja P & Jahn A (2002) Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* **6**(1), 65-73.

La Concertation (2004) Inventaire des micro-assurances santé en Afrique: synthèse des travaux de recherché dans 11 pays. La Concertation entre les acteurs de développement des micro-assurances santé en Afrique, Dakar.

Ndiaye P, Soors W & Criel B (2007) A view from beneath: community health insurance in Africa. *Tropical Medicine & International Health* **12**(2), 157-61.

PHR*plus* (2004) MHOs and reproductive health: using mutual health organizations to promote reproductive health. Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates, Bethesda, MD.

PHR*plus* (2006) Catalogue of community based health financing schemes: Rwanda. Community Health Financing Association for Eastern Africa, Kampala.

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.

Richard F, Ouédraogo C, Compaore J, Dubourg D & De Brouwere V (2007) Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health* **12**(8), 972-81.

Smith KV & Sulzbach S (2008) Community-based health insurance and access to maternal health services: evidence from three West African countries. *Social Science & Medicine* **66**(12), 2460-73.

Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS & Filippi V (2008) Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* **66**(3), 545-57.

Sulzbach S, Garshong B & Banahene G (2005) Evaluating the effects of the National Health Insurance Act in Ghana: baseline report. Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates, Bethesda, MD.

UBOS (2006) 2002 Uganda population and housing census. Uganda Bureau of Statistics, Kampala.

UON Network (2001) Tackling unmet needs for major obstetric interventions, case studies: Mali. Institute of Tropical Medicine, Antwerp.

Waelkens MP (2007) Third phase of the feasibility study: preparing decision-making. Ugandan visit report April 13-30, 2007. Cordaid, The Hague.

Witter S, Armar-Klemesu M & Dieng T (2008) 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

Chapitre 5 : Abolition de la tarification pour les usagers

Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés à l'accouchement: comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal

Sophie Witter[1], Margaret Armar-Klemesu[2] & Thierno Dieng[3]

Résumé

La persistance de ratios élevés de mortalité maternelle, particulièrement en Afrique, et les grandes différences observées entre riches et pauvres en ce qui concerne l'accès aux soins obstétricaux et l'état de santé des mères ont attiré l'attention sur l'importance de la réduction des barrières financières à l'assistance qualifiée à l'accouchement. Cet article compare les résultats de deux études conduites au Ghana en 2005-2006 et au Sénégal en 2006-2007 sur des politiques nationales d'exemption de la tarification des accouchements. Les évaluations ont combiné diverses méthodes de recherche, incluant des entretiens avec des informateurs clés, des enquêtes auprès des ménages, des analyses des flux financiers, des études sur les incitations faites aux personnels de santé, des enquêtes confidentielles, des revues de dossiers cliniques, des entretiens au niveau communautaire et des *'focus groups'*.

Les résultats détaillés de chaque évaluation sont présentés ainsi que les leçons générales apprises de ces deux politiques similaires (mais pas identiques). Ces deux politiques partagent des objectifs communs et ont été mises en œuvre au départ dans des régions pauvres puis étendues à une plus grande échelle en utilisant des ressources nationales. Les deux mettent en valeur le potentiel des politiques d'exemption de la tarification des soins pour augmenter l'utilisation des services. Le coût additionnel pour un accouchement assisté était de 62 $US (en moyenne) au Ghana et de 21 $US

[1] Immpact, Health Sciences Building, Foresterhill, University of Aberdeen, AB25 5DZ, Scotland. Email: sophiewitter@blueyonder.co.uk (la correspondance doit être adressée à cet auteur).
[2] Immpact, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon, Ghana.
[3] CEFOREP, Maternité Hôpital Aristide Le Dantec, B.P. 22 340, Dakar, Sénégal.

(accouchement normal) et de 467 $US (césarienne) au Sénégal. Les évaluations ont aussi mis en avant la réduction des inégalités dans l'accès aux soins.

Cependant, malgré la réduction des coûts directs pour les femmes (de 195 $US à 153 $US pour les césariennes et de 42 $US à 34 $US pour les accouchements ordinaires au Ghana), dans aucun des deux pays, la réduction n'a été totale (cela n'a jamais été complètement gratuit). Ceci s'explique par un certain nombre de facteurs importants, comme des budgets inadéquats (Ghana) et l'incapacité à rembourser les prestataires de soins dans les districts (Sénégal). Les évaluations insistent sur la nécessité de prendre en compte la qualité des soins et le problème de l'accès géographique, en même temps que l'exemption de la tarification des soins.

On peut retenir un certain nombre de leçons liées à la mise en œuvre des programmes, comme le besoin d'analyse plus robustes des goulots d'étranglement; moins de précipitation dans le passage à l'échelle; un plus grand consensus autour de la politique avant de démarrer; une planification plus détaillée de la mise en œuvre des programmes; une prise en compte de l'impact des mesures incitatives sur le personnel de santé et les établissement de soins; et l'assurance d'un leadership institutionnel fort.

Mots-clés : Santé maternelle; accouchements; exemption de la tarification; Ghana; Sénégal.

Introduction

L'Objectif du Millénaire pour le Développement 5 (OMD 5) a comme cible la réduction du ratio de mortalité maternelle de 75% entre 1990 et 2015. À ce jour, peu de progrès ont été enregistrés. Une étude récente sur l'évolution des ratios de mortalité maternelle entre 1990 et 2005 montre une diminution significative de 2,5% en général, mais de seulement 1,8% en Afrique sub-saharienne (de 921 à 905 décès pour 100.000 naissances vivantes dans la même période de référence (Hill et al. 2007)).

En plus du ratio de mortalité maternelle, l'indicateur principal de suivi de l'OMD 5 est la proportion de femmes accouchant avec une assistance qualifiée (médecin, sage-femme ou infirmière) lors de leur accouchement. Cet indicateur est plus précisément utilisé lorsque les données fiables sur la mortalité maternelle sont rares. La moyenne pour les pays en développement

était de 42% en 1990, allant jusqu'à 52% en 2000. Cependant, la moyenne pour l'Afrique sub-saharienne était de 40% en 1990, allant jusqu'à 43% en 2000. Certains pays, comme l'Ethiopie, ont des taux avoisinant les 10%.

Il y a aussi des inégalités significatives entre les zones rurales et urbaines et entre les ménages riches et pauvres en termes d'utilisation des services et d'état de santé des mères (Kunst & Houweling 2001). Des analyses des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de plus de 50 pays en développement ont montré qu'en moyenne 34% des accouchements étaient pris en charge par du personnel qualifié dans le quintile le plus bas des ménages alors que cette proportion atteignait 84% dans le quintile le plus élevé. Cette différence entre quintiles était la plus grande de toutes les interventions de base en santé maternelle et infantile (Gwatkin *et al.* 2005).

L'accès à la césarienne est aussi directement lié à la richesse des ménages. Une étude récente en Indonésie fait apparaître que moins de 1% des pauvres accouchent par césarienne contre 4% des riches (Immpact 2007). Une autre étude basée sur les données des EDS dans 42 pays en développement a montré que les taux d'accouchement par césarienne étaient extrêmement bas parmi les très pauvres: ils étaient de moins de 1% pour les 20% les plus pauvres de la population dans 20 pays et étaient de moins de 1% pour 80% de la population dans 6 pays (Ronsmans *et al.* 2006). Dans 5 pays seulement, le taux d'accouchement par césarienne dépassait les 5% parmi les très pauvres.

Dans ce contexte de persistance de ratios élevés de mortalité maternelle, de progrès encore lents dans l'augmentation de l'assistance qualifiée à l'accouchement et d'inégalités avérées et documentées de l'accès aux soins, un certain nombre de pays ont tenté l'expérience de la gratuité des soins à l'accouchement comme une stratégie visant les barrières financières, pour les pauvres en particulier. Non seulement ces politiques visent des objectifs de santé maternelle et d'équité, mais elles peuvent potentiellement contribuer aux stratégies de réduction de la pauvreté en éliminant la contrainte de coûts élevés supportés par les ménages et entraînant des dépenses catastrophiques. Ce chapitre aborde les expériences récentes menées au Ghana et au Sénégal dans l'introduction de diverses approches d'exemption de coûts liés à l'accouchement. Ces approches seront tour à tour décrites, suivies par une discussion qui abordera leur contribution effective à l'amélioration de l'accès aux soins et permettra de faire une synthèse des thèmes clés des deux études de cas.

Méthodes

Les données des études de cas sont tirées des évaluations conduites par Immpact dans deux pays (Tableau 1). L'évaluation conduite au Ghana comprend

- des entretiens avec des informateurs clés (personnels d'encadrement),
- une enquête sur les incitations faites aux personnels de santé,
- des analyses des flux financiers,
- deux enquêtes sur les ménages portant sur l'utilisation des services et les changements de coûts supportés par les familles,
- des 'focus groups' et des entretiens en profondeur auprès des prestataires et des communautés,
- des revues de dossiers cliniques dans les centres de santé et les hôpitaux et
- des techniques d'enquêtes confidentielles pour cerner les changements dans la qualité des soins (Immpact 2005).

Ces outils ont été utilisés dans 12 districts focaux de deux régions (Régions Centrale et Volta).

Au Sénégal, un nombre plus limité d'outils de recherche ont été utilisés. Ceci incluait des entretiens avec les informateurs clés; des 'focus groups' au niveau communautaire; des analyses de suivi des flux financiers et des analyses de changements des indicateurs cliniques. Au Sénégal, les données ont été recueillies dans les cinq régions où la politique a été mise en œuvre.

Tableau 1. Résumé des méthodologies de recherches au Ghana et au Sénégal (évaluations des exemptions de coûts liés à l'accouchement)

Composante de la recherche	Description de l'outil	Variables examinées	Taille de l'échantillon
Évaluation du Ghana			
Entretiens avec les informateurs clés	Entretiens semi structurés avec les parties prenantes (décideurs politiques, bailleurs nationaux et gestionnaires des établissements)	Perceptions de la politique mise en œuvre, ses succès, ses échecs et recommandations pour l'améliorer	65 informateurs clés au niveau national dans 2 régions et 12 districts
Enquête sur les incitations faites aux personnels de santé	Questionnaire structuré avec à la fin des questions ouvertes sur leur motivation et leur perception de la politique mise en œuvre	Revenus déclarés, horaires de travail, nombre de patients et changements survenus par rapport à ces variables pendant la période de mise en œuvre de la politique, ainsi que leurs jugements sur l'impact de cette politique.	374 personnes interrogées dans 12 districts (21 médecins, 11 auxiliaires de santé, 117 sages-femmes du secteur public, 16 sages-femmes du secteur privé, 50 infirmières, 108 accoucheuses traditionnelles formées, 51 accoucheuses traditionnelles non formées)
Analyses des flux financiers	Ensemble de formulaires utilisés pour obtenir des informations financières au niveau national et au niveau des établissements	Coûts totaux; coûts unitaires; adéquation des financements; allocations par zone et par type d'établissement; opportunités des transferts; impact sur les établissements	Au plan national; deux régions, 12 districts, 11 établissements (différents types et différents secteurs)
Enquête d'utilisation	Questionnaire structuré aux femmes en âge de procréer (1.5-49 ans)	Caractéristiques personnelles, lieu de l'accouchement, personne présente à l'accouchement	2.922 personnes interrogées dans 100 localités des 12 districts et deux régions concernées

Enquête sur les ménages	Questionnaire complet aux femmes qui ont accouché 1) accouchement normal dans un établissement de santé, 2) accouchement normal à domicile avec une accoucheuse traditionnelle, 3) par césarienne	Contribution financière personnelle pour l'accouchement a) paiement aux prestataires des services (médicaments, produits, séjour) b) achats divers hors établissement de santé c) coûts de transport d) dépenses en cadeaux e) autres dépenses induites par l'accouchement	1.500 personnes interrogées dans la Volta (750 avant et 750 après l'introduction du système d'exemption; 750 personnes interrogées dans la région Centrale (tous après la mise en place de la politique d'exemption)
Focus groups Entretiens en profondeur avec les prestataires et les communautés	Discussions non structurées au niveau communautaire	Perceptions de la politique d'exemption et de son impact sur les barrières à l'utilisation, sur les coûts et la qualité des soins	100 entretiens et discussions de groupes au sein de 8 communautés dans 2 régions
Revues des dossiers cliniques	Données structurées extraites des dossiers cliniques	1) Qualité des soins cliniques dans les hôpitaux: analyse des bonnes pratiques et de la gestion du temps dans le suivi des hémorragies, de l'hypertension liée à la grossesse et des césariennes en urgence 2) Qualité des soins dans les centres de santé: calcul d'un score pour certains soins liés au suivi du travail et à l'accouchement	1) 2 régions; 2 hôpitaux régionaux ; 12 districts hospitaliers 2) 49 centres de santé; 12 districts

Enquêtes confidentielles	Examen de dossiers individuels et remplissage des formulaires de suivi pour les décès maternels par un panel de 8 membres	Avis du panel (évènements contraires et favorables) sur les facteurs suivants: femme/patient et communauté; système administratif et système de santé; soins cliniques fournis; niveau d'informations disponibles	2 hôpitaux régionaux; 12 hôpitaux de district; 20 cas de mortalité maternelle
Évaluation du Sénégal			
Entretiens avec les informateurs clés	Entretiens semi-structurés avec les parties prenantes (décideurs politiques, bailleurs de fonds et gestionnaires des établissements)	Perceptions de la politique et mise en œuvre, succès, échecs et recommandations pour l'améliorer	54 informateurs clés dans 5 régions (10 nationaux, 12 régionaux, 17 des districts, 15 des établissements de soins)
Analyses des flux financiers	Ensemble de formulaires utilisés pour obtenir des informations financières au niveau national et au niveau des établissements	Coûts totaux; coûts unitaires; adéquation des financements; allocations par zone et par type d'établissement; opportunités des transferts; impacts sur les établissements; analyse du coût des services; changements affectant les activités et le personnel dans les établissements	Au plan national, dans cinq régions, dans six districts et dans dix postes de santé (tous publics)

Focus groups Entretiens en profondeur	Discussions non structurées au niveau communautaire	Perceptions de la politique d'exemption et de son impact sur les barrières à l'utilisation, sur les coûts et la qualité des soins	Recherche qualitative menée dans 4 districts. 4 entretiens approfondis sur la politique vis-à-vis des jeunes femmes, 4 entretiens approfondis sur les questions de genre,10 focus groups avec des jeunes femmes et des plus âgées et des hommes. Au total 106 participants
Revues de dossiers cliniques	Formulaire structuré relatif aux dossiers cliniques	Changement dans les taux d'intervention obstétricale majeure	761 interventions obstétricales majeures

La politique mise en œuvre au Ghana

CONTEXTE

Bien qu'il n'existe pas de données à partir d'enquêtes au niveau communautaire, les données institutionnelles montrent qu'il y a au Ghana une persistance inacceptable de ratios élevés de mortalité maternelle, que l'on estime entre 214 et 800 pour 100.000 naissances vivantes (Ministry of Health 2004). De plus, des données relatives aux accouchements par des professionnels de santé par quintile de pauvreté montrent une courbe d'utilisation ascendante par les groupes les plus riches (84, 87 et 91% en 1993, 1998 et 2003, respectivement) alors qu'elle est descendante ou stagnante dans le groupe le plus pauvre pendant une période de référence de 10 ans (24, 18 et 17-18% pour 1993, 1998 et 2003, respectivement) (Graham 2004) .

Le financement de la santé au Ghana a reposé très largement sur les paiements directs par les usagers pour couvrir les coûts récurrents au niveau du centre de santé (les fonds publics financent les salaires et les coûts d'investissement et de petites subventions financent les coûts administratifs et les prestations de service). Les paiements directs par les usagers représentent 12% du financement total de la santé dans le secteur public, mais la proportion est encore plus significative au niveau de chaque

établissement (Dubbledam *et al.* 2007). Cependant, une longue tradition d'exemption pour certaines catégories d'utilisateurs ou de services existe. Comme souvent, ces exemptions ont été très faiblement financées et mises en œuvre (Garshong *et al* .2001 ; Nyonator *et al.* 1997)

Alors que des études ont été faites sur les coûts des services d'accouchement au Ghana, il n'existe pas de recherche montrant les problèmes spécifiques d'accessibilité financière pour les utilisatrices des services de soins obstétricaux. Cependant, des analyses plus générales montrent que les obstacles financiers sont des barrières importantes à l'accès aux services (au même titre que les distances, les transports, les obstacles culturels, et d'autres facteurs) (UNFPA & Ministry of Health 2004).

PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Le gouvernement du Ghana a introduit la politique d'exemption de la tarification des accouchements en septembre 2003 dans les 4 régions les plus pauvres du pays (le Nord, le Nord-Est, le Nord-Ouest et la Région Centrale) et en avril 2005, cette politique a été étendue aux six autres régions du Ghana. Le but de cette politique de gratuité des soins obstétricaux était de réduire les obstacles financiers à l'utilisation des services de soins maternels. Les autorités s'attendaient à une réduction de la mortalité maternelle et périnatale ainsi qu'à une contribution à la réduction de la pauvreté (Ministry of Health 2004). En 2008, la politique d'exemption des coûts liés à l'accouchement a été formellement arrêtée avec l'intention de fournir une couverture future aux femmes enceintes à travers le système national d'assurance santé.

Description du système

La politique d'exemption a été financée dans le cadre du programme d'allégement de la dette des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). Les flux financiers ont été dirigés vers les districts afin de rembourser à la fois les établissements privés et publics en fonction du nombre d'accouchements pratiqués chaque mois. Une grille de tarification a été approuvée par le Ministère de la Santé, qui a fixé les taux de remboursement en fonction du type d'accouchement (l'accouchement normal , l'accouchement « assisté » (forceps, ventouse), et l'accouchement par césarienne) et du type d'établissement, avec des taux plus élevés de remboursement pour les établissements privés ou confessionnels, pour tenir compte du fait qu'ils

reçoivent moins de subventions publiques (Ministry of Health 2004). La grille de tarification présentait des plafonds de remboursement supérieurs de 20% à 50% à ceux du secteur public pour les établissements confessionnels (en fonction de la procédure) et des plafonds de remboursement supérieurs de 50% à 88% pour les établissements privés.

Toutes les femmes avaient droit aux soins obstétricaux gratuits et le « paquet » d'exemption incluait :

- les accouchements normaux,
- la prise en charge des accouchements assistés, incluant la césarienne et
- la prise en charge des complications médicales et chirurgicales qui surviennent en dehors des accouchements, incluant la réparation des fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

Les directives ne spécifiaient pas quels étaient les coûts (directs et indirects) supportés par les ménages qui devaient être couverts par le paquet mais l'interprétation générale était que tous les coûts survenus dans la structure de santé devaient être inclus.

Management et suivi

Les dispositions institutionnelles stipulaient qu'à la fois les fonds et la mise en œuvre de la politique étaient décentralisés au niveau du district et devaient associer de façon étroite le secteur sanitaire et l'assemblée du district, qui agirait comme gestionnaire des fonds. L'institution sanitaire accordait l'exemption et l'administration du district sanitaire collectait les demandes des établissements de santé à présenter à l'assemblée du district.

En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, les directions de la santé des districts devaient préparer et soumettre tous les 3 mois des rapports techniques et financiers relatifs à la mise en œuvre via les directions régionales du Service de Santé du Ghana (*Ghana Health Service* - GHS), avec copies envoyées au siège du Ministère de la Santé (*Ministry of Health* - MOH) (Ministry of Health 2004).

RESULTATS DE L'EVALUATION

Utilisation des services d'accouchement

L'enquête sur les ménages a montré une augmentation significative des accouchements en structure et des accouchements assistés par du personnel qualifié (Penfold *et al.* 2007). Dans la région Centrale, l'augmentation des accouchements en structure pendant la période de mise en œuvre de la

politique a été de +12% comparé à +5 % dans la région de la Volta. Les rapports de cotes étaient de 1,83 pour la région Central ($p<0,001$) et 1,34 pour la région de la Volta ($p<0,05$). L'effet moindre dans la Volta a été attribué à une plus courte période de mise en œuvre au moment de l'enquête et à la composante plus rurale de la population (ce qui contribue à augmenter les coûts en dehors des structures de santé comme le coût du transport).

L'augmentation des accouchements en structure dans la région Centrale a été principalement le fait des centres de santé (passant de 13,7% à 22,3% des accouchements). Les accouchements ont été en majorité assistés par des sages-femmes (passant de 49,0% à 59,7%). Cependant, à la fois avant et après la mise en œuvre de cette politique, ce sont les hôpitaux qui ont été les structures de santé les plus communément fréquentées dans les deux régions.

Qualité des soins

L'étude des effets de la politique d'exemption sur les décès maternels hospitaliers montre une diminution du ratio de mortalité maternelle en institution dans les deux régions mais de manière non significative (Bosu *et al.* 2007). Il n'y a pas eu de changement notable dans la durée de séjour et les causes de décès. L'étude conclut que la mortalité maternelle en institution n'a pas été affectée par la première phase de mise en œuvre de cette politique.

Au niveau des centres de santé, l'étude a montré que les scores des évaluations de la qualité des soins n'étaient généralement pas optimaux et très en dessous du score maximal de 44 (Deganus *et al.* 2006). En moyenne, les scores étaient plus élevés dans la région Centrale que dans la Volta, à la fois avant et après la mise en place de cette politique. Dans la région Centrale, il n'y avait pas de changement notable dans la moyenne des scores enregistrée après l'intervention alors que la Volta enregistrait une diminution significative de sa moyenne des scores de qualité des soins. Peu de changements ont été enregistrés sur les taux de mort-nés après la mise en œuvre de la politique dans les deux régions sur les périodes sélectionnées (un mois) pour l'étude. La comparaison de la qualité de soins par type d'établissements indiquait en règle générale une qualité des soins plus élevée dans les établissements publics par rapport aux établissements privés dans les deux régions. Une analyse des scores obtenus pour les cinq composantes des soins (travail et accouchement) a révélé que, comparé à leurs scores

maximum respectifs visés, les scores les plus bas étaient obtenus pour la phase initiale du travail, pour le contrôle par partogramme et pour le contrôle post-partum immédiat de la mère et de l'enfant, dans les 2 régions.

L'étude simultanée sur la qualité des soins dans les hôpitaux, en utilisant une technique d'enquête confidentielle (Tornui *et al.* 2007), a montré que le niveau des soins cliniques fournis après l'introduction de la politique d'exemption était inchangé mais restait faible, même si les femmes avec complications arrivaient plus tôt à l'hôpital depuis l'introduction de cette politique.

Les facteurs liés au système de santé, comme la disponibilité des consommables, des équipements de base et des sages-femmes pour fournir des soins obstétricaux d'urgence complets étaient généralement considérés comme bons et il n'y a pas eu de décès maternels liés à des retards dans le système de référence. Cependant, les évaluateurs ont noté que la prise en charge des urgences, les décisions prises et l'attitude des médecins étaient de qualité médiocre. Les soins prestés par les sages-femmes étaient meilleurs bien qu'on ait aussi trouvé plusieurs cas pour lesquels la prise en charge avait été de qualité insuffisante.

Bénéfices pour les ménages

L'enquête sur les ménages a enregistré une diminution notable des coûts moyens liés à l'accouchement (césariennes et accouchements normaux) après que la politique ait été lancée (Asante *et al.* 2007). La diminution était plus importante pour les césariennes (28%) comparée aux accouchements normaux (26%). Les coûts liés aux accouchements à domicile ou assistés par des accoucheuses traditionnelles ont aussi diminué, mais dans une proportion moindre (14%) qui n'était pas significative.

Les coûts liés à l'accouchement en tant que proportion des coûts directs payés par les patientes ont diminué après la mise en place de la politique d'exemption. Ils variaient de 26% (pour les accouchements à domicile assistés par des accoucheuses traditionnelles après la mise en œuvre de la politique) à 81% (pour les césariennes dans la région de la Volta, avant la mise en œuvre).

Des études qualitatives au niveau communautaire ont conclu qu'il existait un haut niveau de sensibilisation sur la politique d'exemption mais un manque de compréhension sur les coûts réellement couverts par cette politique (Arhinful *et al.* 2006). S'il existait un large soutien général à cette

politique, des inquiétudes pouvaient se sentir chez les accoucheuses traditionnelles dont le travail avait été affecté par cette nouvelle politique.

Impact sur les prestataires de soins de santé

L'analyse des flux financiers a montré que les financements étaient plus ou moins adéquats la première année lorsque la politique était restreinte à quatre régions seulement, mais lorsqu'elle a été étendue au niveau national au cours de la deuxième année, elle est devenue sérieusement sous-financée (presque des deux tiers) (Witter *et al.* 2006). Ainsi, la couverture du système était seulement partielle dans beaucoup de zones, en attendant de nouveaux versements des fonds. Les revenus des formations sanitaires ont augmenté lorsque les financements ont été disponibles pour le système d'exemption. Cependant avec le sous-financement de la deuxième année, beaucoup d'établissements ont accumulé des dettes car ils ont fourni gratuitement des services pour lesquels ils n'ont pas été remboursés.

L'enquête sur les incitatifs dont bénéficient les personnels de santé a montré que leur charge de travail avait augmenté pendant la période de mise en place de la politique d'exemption, mais que cela avait correspondu pratiquement à la même période à une augmentation des salaires et des indemnités (augmentation qui n'était pas liée à la politique mise en œuvre, mais qui lui était concomitante). Les personnels de santé avaient une attitude largement positive vis-à-vis de cette politique, mais ils mettaient en question sa pérennité. Les gestionnaires ont fait le même genre d'observations.

Équité

Dans les deux régions, on a constaté des tendances à l'augmentation de l'utilisation des services d'accouchement en fonction du niveau élevé d'éducation de la mère ou de la richesse du ménage et ce, de façon significative ($p<0,001$) (Penfold *et al.* 2007). Cependant, des éléments démontrent une réduction des inégalités pour la période concernée. L'augmentation la plus importante dans la région Centrale touche les femmes non scolarisées (16%), et celles du deuxième quintile le plus pauvre (20%). Dans la région de la Volta, l'augmentation la plus importante touche le quintile le plus pauvre de la population, où la proportion des accouchements au centre de santé a doublé (de 12 à 24 %) après la mise en place de l'exemption des coûts. Si l'on stratifie par niveau d'éducation, ce

sont chez les femmes avec un niveau d'éducation primaire que l'utilisation des services a le plus augmenté dans la Volta (10%).

La différence relative dans le niveau d'utilisation des services d'accouchement entre les femmes les plus scolarisées et les femmes les moins scolarisées s'est réduite dans la région Centrale après la mise en place de la politique d'exemption (-11%) alors qu'elle a augmenté dans la région de la Volta (9%). La différence dans le niveau d'utilisation des services de maternité entre les femmes les plus pauvres et les plus riches est resté inchangée dans la région Centrale après la mise en place de la politique d'exemption, mais a diminué dans la région de la Volta (-7%).

En ce qui concerne les paiements directs par les patients, une baisse des dépenses catastrophiques a été constatée. Pour le quintile le plus pauvre de la population, la proportion de ceux qui paient plus de 2,5% de leur revenu a baissé de 55% avant la politique d'exemption à 46% après. En utilisant le critère de pauvreté, la proportion des ménages basculant dans l'extrême pauvreté à cause des dépenses engagées pour un accouchement a diminué passant de 2,5% avant la politique d'exemption à 1,3% après (bien que cela ne soit pas valable pour les pauvres). La diminution des paiements directs par les patients était proportionnellement plus forte pour les ménages les plus riches (22%) comparée aux plus pauvres (13%).

COUTS DE LA POLITIQUE D'EXEMPTION

Le suivi du mécanisme mis en place s'est montré particulièrement faible de telle sorte que l'estimation des coûts moyens pour les différentes régions et pour les différents types d'accouchements concernés n'a pas été possible. Cependant l'analyse financière a pu déterminer que le coût moyen d'un accouchement financé par le mécanisme mis en place dans la région Centrale en 2005 était de $22 (Witter *et al.* 2006).

LEÇONS TIREES DE LA MISE EN ŒUVRE

L'étude de cas du Ghana permet de tirer un certain nombre de leçons relatives à la mise en place des mécanismes d'exemption. Plusieurs seront à prendre en compte lors du passage au système national d'assurance santé. Il s'agit de:

- la nécessité de mener une évaluation détaillée avant de passer à échelle (la politique mise en œuvre à un niveau régional a été étendue au niveau national en un an sans une évaluation attentive des résultats de l'étape

précédente et sans prévoir des ressources suffisantes pour le passage à échelle) ;

- l'importance d'une appropriation institutionnelle claire (la gestion et le suivi de la politique étaient déficients à cause, en partie, des multiples acteurs impliqués et de l'absence de direction explicite du système par l'un d'entre eux (Witter & Adjei 2007)) ;
- l'importance de lignes directrices claires et d'une bonne communication. Même si la politique mise en œuvre au Ghana était relativement simple à expliquer, il y a eu néanmoins des différences d'interprétations entre les régions et au niveau communautaire ;
- la nécessité d'identifier une source de financement pérenne. Par définition, les mécanismes d'exemption requièrent une source de financement extérieure, sur laquelle on peut compter pour la durée prévue de la politique visée. Dans le cas du Ghana, les financements du programme d'allégement de la dette des Pays Pauvres Très Endettés, s'ils étaient disponibles nationalement, faisaient aussi l'objet d'appels d'offres de la part des ministères sectoriels et des problèmes sont apparus quand le Ministère de la Santé n'a pas pu assurer le financement PPTE pour l'année 2005 ;
- l'importance de mettre en œuvre un système de suivi et d'évaluation. Au Ghana, des directives claires ont été édictées mais jamais suivies.

La politique mise en œuvre au Sénégal

CONTEXTE

Selon la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS), le ratio de mortalité maternelle (RMM) au Sénégal était de 401 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, avec des disparités considérables allant de 123 pour 100.000 à Dakar à 743 pour 100.000 à Tambacounda. Cependant, les chiffres de l'OMS étaient plus élevés avec un RMM de 980 (intervalles: 590-1.400). Ceci correspond à un risque de mourir lors d'une grossesse ou d'un accouchement de 1 sur 21 - plus élevé que la moyenne africaine de 1 sur 22.

Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié était en moyenne de 52% (Ndiaye & Ayad 2006). C'était une augmentation par rapport aux 47% de la dernière EDS, mais cela restait en dessous de l'objectif de 60% pour 2005 (et 90% pour 2015). Dans les zones rurales, 33% des

accouchements étaient assistés par du personnel qualifié contre 85% dans les zones urbaines. Désagrégés par quintile, seulement 20% des plus pauvres accouchaient avec l'assistance d'un personnel qualifié, comparé à 89% des plus riches.

Le taux d'accouchements par césarienne était de 3,3% nationalement, selon les données les plus récentes de l'EDS, mais avec de grandes variations régionales et socio-économiques. À Dakar, plus de 10% des accouchements étaient des césariennes (MSPM 2005; Ndiaye & Ayad 2006) alors que pour Matam le chiffre était de 0,5%. Les zones urbaines affichaient un taux moyen de 6,6%, comparé à 1,4% pour les zones rurales. Les taux s'élevaient proportionnellement au statut économique et au niveau d'éducation : seulement 0,7% des accouchements pour les ménages du quintile le plus pauvre se faisaient par césarienne contre 7% pour le quintile le plus riche. Il faut noter que les taux de césariennes basés sur les statistiques des hôpitaux étaient beaucoup plus bas que les taux donnés par l'EDS - soit 1,5% à l'échelle nationale (taux calculé à partir de chiffres recueillis et des naissances attendues) (Hygea & Acodess 2005).

Le Sénégal dépend très fortement des contributions privées pour les coûts des soins de santé, avec des financements publics ne couvrant que 40% du total (estimation OMS 2007). Les coûts supportés par les usagers dans les formations sanitaires sont payés aux comités de santé et servent à couvrir les salaires du personnel communautaire, les coûts d'exploitation et les médicaments. Il existe des mutuelles de santé à base communautaire pour aider les ménages à faire face aux coûts des soins de santé, mais la plupart des paiements (94,5%) sont effectués directement par les usagers. La faible capacité de paiement pour les accouchements est considérée comme un des facteurs restreignant l'accès aux soins, mais il y en a d'autres, comme des problèmes d'offre en général, les grandes distances à parcourir pour atteindre un centre de santé, le manque de personnel qualifié, le manque de matériel, la concentration des infrastructures dans les zones urbaines, des routes en mauvais état et peu de transports (Hygea & Acodess 2005).

Processus de mise en œuvre

La politique des accouchements et des césariennes gratuits a été introduite début 2005 dans 5 régions du Sénégal choisies parce qu'elles étaient les plus pauvres. Cette politique visait la réduction des barrières financières à l'utilisation des services obstétricaux et l'augmentation des accouchements en

structure. Le résultat escompté était une réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Un an plus tard, cette politique a été étendue à tous les hôpitaux régionaux du pays, à l'exception de Dakar.

Description du mécanisme

Le paquet de soins comprenait les accouchements normaux dans les postes de santé (PS) et dans les centres de santé (CS1) et les césariennes dans les hôpitaux de districts (CS2) et les hôpitaux régionaux (HR). Cependant, les évaluateurs n'avaient aucune directive officielle à leur disposition qui stipulait quels étaient les coûts inclus ou exclus du mécanisme d'exemption.

Le mécanisme de financement pour les accouchements normaux prenait la forme de kits comprenant des fournitures de base qui étaient distribués via la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Ces kits offerts remplaçaient les paiements effectués par les usagers sur le lieu de l'accouchement, du moins en théorie. Pour les hôpitaux régionaux, 55.000 Francs CFA (110 $US au moment de l'évaluation), étaient versés à l'hôpital par césarienne - versement fait en avance selon le nombre de césariennes attendu, mais si les estimations étaient dépassées, les frais des césariennes supplémentaires étaient remboursés à l'hôpital régional. Pour les hôpitaux de district, il n'y avait pas de transfert d'argent, la subvention se faisait sous forme de kits.

Les établissements qui participaient au mécanisme mis en place étaient tous des établissements publics. Les cases de santé, structures de niveau communautaire où les accouchements sont effectués par les *matrones*[4] n'en faisaient pas partie. Les secteurs privé et traditionnel ne faisaient pas partie non plus du mécanisme mis en place.

Management et suivi

Au plan national, un comité de coordination a été mis en place pour superviser la politique au sein du Ministère de la Santé, incluant des représentants des Directions des soins de santé primaires, de la planification, des finances, de la santé reproductive, des structures hospitalières et des districts. Au début, la Direction des soins de santé primaires dirigeait la mise en œuvre, mais cette responsabilité a été transférée à la Direction de la santé de la reproduction au début 2006. Des formulaires ont été mis au point et

[4] Les *matrones* qui assistent les sages-femmes sont recrutées dans la communauté et reçoivent une formation de 3 à 6 mois.

toutes les parties prenantes sensibilisées au niveau local grâce au travail des comités de santé et des comités de développement aux niveaux régional et local. Les districts et les hôpitaux devaient remplir des rapports mensuels et remettre des partogrammes comme preuves des services fournis.

RESULTATS DE L'EVALUATION

Utilisation des services liés à l'accouchement

Au Sénégal, l'analyse des changements quant à l'utilisation des services a été entravée par (1) le manque de ressources pour mener une enquête sur les ménages et (2) une grève ayant affecté la collecte des statistiques nationales de santé, ce qui signifie que les tendances précédant la politique mise en œuvre et les tendances dans les régions non concernées par cette politique n'ont pu être comparées avec les données des structures visitées par les évaluateurs. Cependant, les données des structures sanitaires des 5 régions visées montrent une augmentation des accouchements institutionnels de 40 à 44% entre 2004 et 2005 (ce qui est très significatif - $p<0,0001$), et une augmentation des taux de césariennes de 4,2% en 2004 à 5,6% en 2005 (ce qui est très significatif - $p<0,0001$). Ces données indiquent que la politique mise en œuvre a pu avoir des effets positifs sur l'utilisation des services même s'il faudrait plus de données et des données comparatives au niveau national pour renforcer cette analyse.

Qualité des soins

Il n'y avait pas d'outil spécifique pour mesurer les changements de la qualité des soins au Sénégal, mais les taux des mort-nés frais donnent toutefois quelques indications sur la prise en charge des urgences obstétricales. L'augmentation des accouchements après la mise en œuvre de la nouvelle politique d'exemption n'a pas été associée à une diminution de la qualité des soins, comme en témoigne le taux des mort-nés frais qui n'a pas augmenté (3,3% en 2004 contre 3,1% en 2005). En plus, un suivi des taux de mort-nés frais pour les naissances par césarienne a montré une diminution significative dans les districts pour lesquels il y avait des données.

Les *'focus groups'* et les entretiens approfondis ont montré que la perception de la qualité des soins n'avait pas changé globalement, bien qu'il y ait eu des divergences de vues à propos du niveau de la qualité des soins avant la mise en œuvre de cette politique. Ces remarques s'accordent avec celles des informateurs clés des équipes cadres: six des sept informateurs clés

au niveau des équipes cadres de district pensaient que la qualité des soins restait inchangée. La qualité des soins n'avait pas diminué, mais elle n'a pas été non plus renforcée par la nouvelle politique étant donné le manque de kits et de ressources humaines auquel les équipes ont du faire face.

Bénéfices pour les ménages

Les *'focus groups'* et les entretiens approfondis avec un certain nombre de participants dans quatre régions ont mis en avant non seulement l'importance des barrières financières dans l'accès aux soins de qualité pour les accouchements, mais aussi les défis auxquels la politique mise en place devait faire face pour réduire ces obstacles. Le degré de sensibilisation de la communauté sur la politique d'exemption n'était pas homogène et il n'y avait pas de compréhension claire des modalités pratiques de cette politique. Cela reflète les incohérences entre les structures sanitaires, au sein desquelles il est apparu que différents éléments du dispositif étaient payants, soit à cause de véritables pénuries (de kits en particulier) ou parce que les établissements, par opportunisme, assuraient ainsi une réserve d'argent. Par conséquent, le coût réel des soins n'a pas diminué de façon significative pour la plupart des gens. Bien que les opinions soient variées, les gens ont en général affirmé avoir payé pour beaucoup d'items qui devaient normalement être inclus dans le paquet (gants, médicaments, hébergement, ticket) ainsi que pour les coûts connus pour en être exclus (transport et traitement des complications).

Les césariennes faisaient exception dans certains endroits, où des services entièrement gratuits auraient été fournis. Cela peut être lié aux divers mécanismes de remboursement de la politique mise en œuvre. Cependant, il y avait des variations régionales. Des niveaux plus faibles de financement à Ziguinchor, au moins au départ, signifiaient que la césarienne gratuite y était fournie de manière sélective par les personnels de santé aux femmes jugées insolvables (en opposition à une application universelle du principe stipulé dans la politique).

Il était clair que pour les ménages, le plus gros des coûts relatifs aux soins restait le transport pour l'évacuation en urgence vers un niveau supérieur et le coût des médicaments, aucun des deux n'étant couverts de façon adéquate actuellement par la politique de gratuité. Là où la politique d'exemption avait été appliquée pour les accouchements normaux, cela ne couvrait que le coût du ticket (tarification de l'acte) qui variait entre 2 $US et 4 $US. Au

même moment, certains répondants faisaient état d'une augmentation d'autres coûts, en particulier des médicaments. Il n'a pas été facile de déterminer si ces augmentations étaient accidentelles ou liées à la politique mise en œuvre (pour des établissements qui compensaient l'exemption de la tarification de l'acte par une augmentation des prix des médicaments), mais cela a pu affecter négativement les avantages de cette politique ou même exacerber des problèmes préexistants d'accessibilité financière des services.

Impact sur les prestataires de soins de santé

La comparaison des valeurs des transferts financiers aux prestataires dans le cadre de la nouvelle politique laisse penser que les hôpitaux régionaux ont gagné à la mise en œuvre de cette politique. Ils reçoivent en espèces quelques 61 $US de plus que ce que leur coûte une césarienne et 77 $US de plus que ce qu'ils avaient l'habitude de facturer pour ces dernières (Witter & Mbengue 2007). La valeur de ces transferts peut cependant être érodée si les remboursements sont effectués en retard au cours de l'exercice financier, comme cela a pu arriver.

Pour les postes de santé et les hôpitaux de districts cependant, aucun transfert financier n'était effectué : les kits étaient fournis et comprenaient certains matériels nécessaires aux accouchements normaux. Bien que la valeur du kit (le coût de sa fourniture) ait été identique au coût moyen pour réaliser un accouchement normal, les structures de santé étaient supposées fournir les services gratuitement et perdaient les revenus du ticket qui couvrait habituellement les coûts salariaux. En plus, il y a eu des pénuries et des retards dans la livraison des kits, particulièrement la première année, et certaines zones ont bénéficié de bien moins de soutien que les autres.

Si on compare les effectifs des accouchements par année sur le territoire national, il n'y a eu que trop peu de kits (26.000) pour accouchement normal distribués en 2005. (les résultats pour l'année 2006 dans sa totalité n'étaient pas encore disponibles, mais des données partielles suggéraient un déficit continu mais moindre pour cette année là). Pour les césariennes, cependant, plus de financements que nécessaires ont été distribués - une couverture excédentaire de 18% pour 2005 et 30% pour 2006.

Dans les structures sanitaires des districts et des sous districts, on estime que 4 à 15% des revenus payés par les usagers ont été perdus en conséquence de la mise en œuvre de cette politique. Cependant, les bilans financiers de fin d'année sont restés positifs pour cette catégorie, voire se

sont améliorés dans certains cas, et il n'y avait pas d'éléments qui permettaient de penser que les revenus des personnels communautaires avaient diminué. Il semblerait dès lors que les établissements ont été capables de compenser les pertes ou de les gérer ; dans certains cas, il y a des preuves montrant que cela a pu être fait grâce à l'augmentation des charges pour d'autres services. Les livres de comptes laissent penser que quelques postes de santé ont continué à faire payer les services liés à l'accouchement pendant la période ou les mois durant lesquels ils n'avaient plus de kits ou ne les avaient pas encore reçus. Les informateurs clés au niveau des districts et des sous-districts ont dit qu'ils ont pu faire face à la situation en augmentant les coûts des autres services, en ayant recours à des subventions croisées d'autres origines, en réduisant leurs investissements, et en sollicitant plus de soutien des autorités locales.

En ce qui concerne les personnels de santé, ceux qui étaient les plus exposés financièrement étaient les personnels des infrastructures communautaires incluant les *matrones*, qui étaient payées par une partie de la tarification des soins à l'accouchement. Cependant, les entretiens avec les informateurs clés montrent que les structures sanitaires ont pu les dédommager en prenant sur d'autres budgets.

L'augmentation des accouchements dans les deux régions pour lesquelles les données sont disponibles a conduit à une augmentation de 12% de la charge de travail par sage-femme, mais le plus gros de l'impact en termes de charge de travail a sans doute affecté les *matrones*, pour lesquelles nous n'avons pas de données. Le rendement du personnel était très variable selon les établissements, même ceux du même type. Au sein des hôpitaux régionaux, l'un a vu augmenter la charge moyenne de travail de 27 à 31 accouchements par mois par sage-femme, alors qu'un autre a vu une diminution de 11 à 8.

Au niveau des districts, le nombre d'accouchements par sage-femme par mois variait de 12 à 125. La moyenne est passée de 53 par mois en 2004 à 73 en 2005 (soit une augmentation de 33%). C'est au niveau des hôpitaux de district que la charge de travail était la plus importante mais à tous les niveaux de soins, le nombre d'accouchement par sage-femme par mois était plus élevé au Sénégal comparé au Ghana (Witter *et al.* 2007).

La plupart des postes de santé n'avaient pas de sage-femme. Les accouchements étaient assurés par l'infirmière en poste - généralement un infirmier - avec l'assistance de *matrones*. Là où une sage-femme était

employée, le taux d'accouchement par sage- femme était bas en comparaison des centres de santé.

Les Cases de Santé (centres de santé communautaire) et les accoucheuses traditionnelles risquaient d'être négativement affectés par la nouvelle politique, dès lors qu'ils étaient exclus des subventions, mais dans les endroits les plus reculés où ils sont les prestataires de soins de santé principaux, leurs activités ont pu être "protégées" par l'inaccessibilité des formations sanitaires publiques.

Équité

En ce qui concerne l'équité géographique entre les régions et les districts, l'évaluation a mis en évidence de grandes variations dans l'allocation par tête des fonds et des kits.

Les *'focus groups'* dans les 5 régions suggéraient que si la politique d'exemption devait en principe bénéficier majoritairement aux pauvres, elle reposait en pratique sur l'accès aux structures de soins que beaucoup dans les zones reculées ne pouvaient atteindre.

La majorité des informateurs clés au niveau des établissements ont dit que cette nouvelle politique n'avait apporté aucun changement pour les pauvres, dans la mesure où ils recevaient déjà les médicaments gratuitement auparavant, ce qui ne changeait pas avec la nouvelle politique. Avant ou après cette politique, les pauvres ont toujours contribué pour certains coûts. Un seul des informateurs clés a dit qu'ils avaient bénéficié du mécanisme au-delà de la seule gratuité des médicaments. Les estimations sur la proportion des indigents au niveau des postes de santé allaient de 0% à 25%, la plus fréquente était 5%.

LES COUTS DE CETTE POLITIQUE

Le paiement moyen payé à l'hôpital régional par césarienne par le système d'exemption était de 137 $US. La subvention des hôpitaux pour les kits de césarienne était de 45 $US par le système. Les kits pour accouchement normal étaient prévus à 11 $US, mais en pratique seulement 6 $US étaient dépensés. Le surplus devait être transféré aux structures de santé pour compenser quelques-uns des autres coûts (comme les personnels communautaires et les frais généraux), mais cela ne vit jamais le jour car il n'y avait pas de mécanismes de transfert de fonds prévu à cet effet.

Les dépenses totales liées à cette politique en 2005 correspondaient à 10% du budget national de la santé réservé aux transferts pour les régions et à 4% des dépenses nationales de santé du Ministère de la Santé pour les régions. C'est très clairement une dépense significative et qui plus est, financée par des ressources nationales. Cependant le budget national n'est qu'une composante des financements publics pour les soins de santé au Sénégal - les financements publics au niveau du district s'avèrent nettement plus élevés que le budget national par tête d'habitant, indiquant en cela l'importance des financements par les autorités locales, en plus des contributions des usagers.

LES LEÇONS TIREES DE LA MISE EN ŒUVRE

- Il est important d'obtenir un consensus au niveau national à propos des approches de financement à long terme et des politiques de partage des coûts afin d'assurer le soutien à ces politiques d'exemption des coûts pour des services particulièrement prioritaires.
- Le mécanisme de soutien aux établissements de niveau inférieur devrait être revu : il ne permet pas actuellement de compenser les ressources manquantes et reste très peu flexible aux changements de contexte.
- Le paquet de soins tel qu'il a été défini au départ n'a pas réellement aidé celles qui étaient confrontées à un accouchement compliqué (hors césarienne).
- Une approche alternative suggérée par certains informateurs clés est que l'Etat augmente son soutien aux établissements de santé en échange d'une tarification moins élevée. Si cela est explicitement et pratiquement défini en termes de tarification négociée au niveau national pour les usagers, cela pourrait résoudre quelques problèmes logistiques (ruptures de stocks, contenus des kits inadéquats...).
- Des directions claires pour la mise en œuvre sont nécessaires et devraient être largement diffusées; il y a de réelles ambiguïtés sur le contenu du paquet actuel qui se reflètent dans une mise en œuvre inégale.
- La planification des subventions - quel montant est nécessaire et où ? - et la responsabilité des décideurs et gestionnaires sur les fonds dépensés devrait être améliorée; c'est quelque chose d'essentiel pour que les gens à tous les niveaux aient confiance dans cette politique.

- Le degré d'exemption des coûts des ménages devrait être réévalué; il n'est actuellement pas assez élevé, au moins pour les accouchements normaux, pour induire des changements significatifs. Si les prestataires n'ont pas de compensation pour la perte de revenus liée au système d'exemption, alors les coûts seront invariablement transférés aux usagers.
- L'accent devrait être mis sur comment étendre les bénéfices réels de cette politique, en particulier en ce qui concerne les médicaments, qui représentent un élément majeur des dépenses des usagers.
- Les barrières géographiques et culturelles sont encore plus difficiles à réduire que les barrières financières et il y aura besoin d'investissements à long terme afin d'accroître l'accès aux régions les plus reculées.

Discussion des thèmes issus des études de cas

Les politiques mises en œuvre au Ghana et au Sénégal ont beaucoup de points en commun. Elles sont toutes deux centrées sur les soins obstétricaux, elles sont universelles quant aux bénéficiaires , elles ont été initiées dans les régions les plus pauvres pour être ensuite très vite appliquées au niveau national (même si au Sénégal, seuls les hôpitaux régionaux ont été concernés) , elles sont toutes les deux financées au plan national et, toutes deux, elles reposent sur un système de remboursement des prestataires en fonction du volume de travail effectué et des tarifications prédéfinies.

Néanmoins, il y a aussi des différences. Au Ghana, toutes les formes d'accouchements sont prises en charge alors qu'au Sénégal, la prise en charge ne concerne que les césariennes et les accouchements sans complications, et ces interventions ne peuvent être faites que dans des établissements bien définis. Alors qu'au Ghana, les établissements publics, confessionnels et privés font partie du système, au Sénégal, seuls les établissements publics sont concernés. Le Sénégal diffère aussi dans l'utilisation qui est faite des kits pour renforcer les établissements dans les districts et les sous-districts (une caractéristique liée au fait qu'il n'y a actuellement aucun canal pour les transferts financiers du niveau national vers les structures de santé directement).

En considérant les expériences de ces deux politiques relativement proches dans le temps (2003-2005 au Ghana; 2004-2006 au Sénégal), quels sont les thèmes qui émergent ?

Un potentiel pour accroître l'utilisation des services

Les deux pays montrent tout le potentiel que représentent les politiques de gratuité des soins obstétricaux pour augmenter les taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Au Ghana, le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié a augmenté de façon significative dans les deux régions visées par l'étude malgré la mise en œuvre disparate et sous financée de cette politique. Au Sénégal, une augmentation plus modeste mais significative à la fois des accouchements institutionnels et des césariennes est apparue dans les données fournies par les établissements, même si la comparaison avec les autres régions n'était pas possible. Une fois encore, ce changement, s'il peut être attribué à la politique mise en œuvre, est impressionnant au regard des réductions de coûts très limitées dont les usagers semblent avoir réellement bénéficié. Un système bien mené aurait pu accroître beaucoup plus l'utilisation des services. L'élasticité du prix de la demande[5] pour les accouchements normaux, dans le cas du Ghana, oscille entre -0,26 et -0,63, alors que pour les césariennes elle est plus basse (-0,22), ce qui se comprend étant donné que la césarienne est une urgence médicale plutôt qu'une procédure volontairement choisie par les femmes.

Des liens non prouvés en termes de bénéfices sanitaires

Le rapport coût-efficacité des exemptions ne repose pas uniquement sur l'augmentation de l'utilisation des services, il repose également sur la qualité des soins qui doit être suffisamment bonne pour que cette augmentation conduise à une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Les évaluations n'ont pu démontrer l'existence de liens clairs entre la politique d'exemption et les résultats pour la santé, mais les données recueillies sur la qualité des soins suggèrent qu'en l'absence d'investissements additionnels dans les domaines de la formation et l'assurance qualité, les bénéfices pour la santé ne seront pas pleinement réalisés. Au Ghana, on a recensé des mauvaises pratiques à la fois avant et après la mise en place de la politique d'exemption, en particulier pour les soins d'urgence. Au Sénégal, la majorité

[5] Définie comme le changement en pourcentage d'une quantité demandée résultant d'une variation de 1% du prix. Moins de 1% est considéré comme inélastique. Les quelques études antérieures examinant l'élasticité du prix par rapport à la demande en matière de soins obstétricaux dans les pays en développement ont en général trouvé une demande inélastique, avec des effets variables de l'augmentation des niveaux de revenus (Hotchkiss 1993; Li 1996).

des soins est assurée par les *matrones* qui ont une formation très sommaire, et l'accès au personnel de santé qualifié est plus limité (et aussi restreint par des facteurs liés au genre, qui font que les responsables des postes de santé sont majoritairement des hommes). Même s'il est rassurant de constater que la politique d'exemption n'a pas eu pour conséquence une diminution de la qualité des soins, le système de santé dans son ensemble doit néanmoins assurer un niveau minimum de qualité des soins pour que les politiques d'exemption réalisent leurs objectifs et améliorent la santé des femmes.

Quelques réussites en termes de réduction de la pauvreté et d'équité

Bien sûr, les conséquences positives en termes sanitaires ne sont qu'un des objectifs des politiques d'exemption de la tarification des accouchements. Parmi les autres objectifs figurent la réduction de la pauvreté, la réduction des inégalités vis-à- vis de l'accès aux soins de santé ainsi qu'une solidarité sociale renforcée. Les études de cas suggèrent qu'il y a eu quelques réussites en regard de ces objectifs: au Ghana, il y a eu une chute des dépenses catastrophiques en particulier pour les césariennes, et ceci a conduit à une diminution du nombre de ménages entraînés dans l'extrême pauvreté suite à des dépenses pour des soins obstétricaux. En outre, c'est dans la région Centrale que l'augmentation de l'utilisation des services a été la plus grande pour les femmes sans scolarité et pour les ménages appartenant au deuxième quintile le plus pauvre, ce qui laisse penser qu'il y a eu une répartition des bénéfices en faveur des pauvres. Dans la région de la Volta, la proportion des ménages appartenant au quintile le plus pauvre dont la femme a accouché dans un établissement de santé a doublé pendant la mise en œuvre de la politique d'exemption.

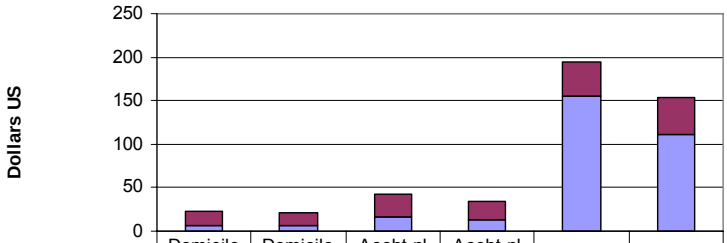
Cependant, toutes les évaluations ne sont pas exemptes d'équivoque en ce qui concerne l'équité: les inégalités dans l'utilisation des services en lien avec les quintiles de revenus ont augmenté dans la région Centrale après la mise en œuvre, mais elles ont diminué dans la Volta alors que les inégalités rapportées au niveau de la scolarisation diminuaient dans la région Centrale et augmentaient dans la Volta. En outre, en proportion des dépenses, les plus riches ont bénéficié plus que les pauvres des réductions des coûts. Au Sénégal, même si les données quantitatives font défaut, la question de l'accès géographique est apparue comme un enjeu essentiel: on pensait que les pauvres des zones urbaines ou périurbaines seraient les bénéficiaires, mais les communautés marginalisées géographiquement avaient peu de chance

d'accéder aux établissements qui pratiquaient la « gratuité » des soins.

Pas de services entièrement gratuits malgré les politiques d'exemption

Les politiques d'exemption dans aucun des deux pays n'ont débouché sur des services réellement gratuits. On ne s'attendait pas à ce que l'annulation des coûts officiels lève tous les obstacles financiers majeurs, en particulier pour les pauvres (les coûts liés aux jours chômés, liés au déplacement vers le centre de santé ou au dédommagement des accompagnateurs), mais dans les deux pays on visait à ramener à zéro les coûts directs des services spécialisés, et nulle part, cela ne semble s'être réalisé. Au Ghana, le coût total moyen d'une césarienne a été réduit de 22% (de 195 $US à 153 $US), ce qui représente un avantage substantiel mais qui n'équivaut en aucun cas à un service gratuit, alors que pour un accouchement normal, le coût total moyen a été réduit de 19% (de 42 $US à 34 $US) (voir Figure 1). Même pour la seule composante 'tarification de l'accouchement', la réduction n'était pas totale (la césarienne est passé de 155 $US à 111 $US et l'accouchement normal de 17 $US à 13 $US).

Figure 1. Coûts liés à l'accouchement par ménage, avant et après la politique d'exemption au Ghana



	Domicile Avant	Domicile Après	Accht nl FS Avant	Accht nl FS Après	CS Avant	CS Après
Autres coûts directs	16	15	25	22	40	42
Tarification accouchement	7	6	17	13	155	111

Source: Asante *et al.* 2007

Domicile : accouchement à domicile avec une accoucheuse traditionnelle ; Accht nl FS: accouchement normal dans une formation sanitaire ; CS : césariennes

De façon similaire au Sénégal, les informations qualitatives relatives aux réductions des coûts pour les usagers faisaient penser à une loterie, en

particulier pour les césariennes, avec des services entièrement gratuits pour les uns et des services entièrement payants pour les autres (qui s'étalaient de 100 $US à 200 $US). Pour les accouchements normaux, les témoignages faisaient état d'une réduction moyenne des coûts de 4 $US (par rapport aux coûts antérieurs de 2 à 20 $US). Ceci est du même ordre qu'au Ghana et est à mettre en corrélation avec la valeur des kits fournis aux structures de santé. Cependant au Sénégal, les patientes faisant face à des complications avant une césarienne étaient exposées à des coûts élevées.

Des améliorations lors de la mise en œuvre des politiques d'exemption dans les deux pays auraient, sans aucun doute, permis d'accroître les réductions de coûts pour les usagers, mais ramener les coûts directs à zéro reste très difficile compte tenu des insuffisances de financement, des ruptures de stocks et de la culture des prestataires de services qui ont l'habitude de faire payer chaque composante des soins.

Faible investissement financier pour ces nouvelles politiques

En analysant le niveau d'investissement des gouvernements, on comprend pourquoi les ménages n'ont bénéficié de ces politiques que d'une façon très limitée - la dépense moyenne par habitant des gouvernements est aussi faible (Tableau 2). Au Ghana, pour 2005, le gouvernement a dépensé 16 cents par habitant, 22 $US par accouchement (tous types) et 62 $US par accouchement additionnel[6] (calcul brut du rapport coût efficacité). Au Sénégal, la dépense totale était de 10 cents par habitant, 2,2 $US par accouchement normal et 154 $US par césarienne. En termes d'optimisation des ressources et sur la base des estimations très restreintes sur les changements dans l'utilisation des services, le coût estimatif était approximativement de 467 $US par césarienne additionnelle et de 21 $US par accouchement additionnel.

[6] Le coût par accouchement additionnel correspond au coût total divisé par l'augmentation du nombre d'accouchements (en supposant que ces derniers sont attribuables à la politique mise en œuvre).

Tableau 2. Données synthétiques relatives aux dépenses et coûts des politiques (Dollars US 2005)

Dépense annuelle totale pour la politique d'exemption (Tout le pays pour le Ghana; cinq régions pour le Sénégal)	**Ghana**	**Sénégal**
	2.999.944	308.389
Dépense per capita par an	0,16	0,10
Dépense par accouchement normal		2,2
Dépense par césarienne	22	154
Coûts par accouchement normal additionnel		21
Coûts par césarienne additionnelle	62	467

Notes: la dépense totale est calculée à partir de données nationales; la dépense par accouchement normal est calculée à partir de données nationales au Sénégal, mais réfère à la région Centrale au Ghana dès lors que les données nationales manquaient (les coûts exprimés sont les dépenses effectives, non les tarifs officiels); de même, les données non désagrégées par types d'accouchement n'étaient pas disponibles au Ghana; le coût par accouchement additionnel a été calculé à partir de l'enquête sur l'utilisation des services au Ghana (sur 2 régions), et sur les données des formations sanitaires au Sénégal (5 régions).

Au Sénégal, nous n'avons que des données qualitatives sur la valeur financière des bénéfices liés aux accouchements pour les ménages, mais au Ghana, on peut estimer la baisse des coûts pour les usagers à partir de l'enquête sur les ménages. La dépense publique moyenne pour la politique d'exemption de 22 $US par accouchement (dans la région Centrale au Ghana en 2005) est à comparer avec le « bénéfice » moyen (c'est-à-dire réduction du prix) pour les usagers de 10 $US par accouchement. Très clairement, les prestataires de services gardent pour eux certains de ces bénéfices.

Aucun des deux pays n'affichait des éléments montrant que les frais généraux administratifs étaient lourds ou élevés. Des investissements plus importants auraient sans doute dû être faits dans les systèmes administratifs compte tenu des problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre des politiques.

Besoin d'une analyse situationnelle solide

Au Ghana et au Sénégal, le processus de mise en œuvre des politiques était plutôt peu clair et n'apparaissait pas comme ayant été le produit d'une analyse situationnelle détaillée. Dans une certaine mesure, toutes les politiques sont opportunistes. Cependant, on aurait pu espérer qu'une politique de réduction des coûts liés à l'accouchement se fût appuyée sur des éléments tangibles montrant que les ménages trouvaient ces soins inabordables, ou qu'ils devaient faire des sacrifices substantiels pour y accéder. Rien de tel n'a été fait dans aucun des deux pays (cela peut être vrai mais il n'existe pas de travaux de recherche documentés).

Bien que les barrières aux soins ne sont pas remises en question par les écarts observés dans l'accès aux soins selon les différents groupes et les différents zones géographiques, il ne va pas de soi que les coûts supportés par les usagers étaient l'obstacle principal, particulièrement au Sénégal, où l'accès géographique aux services est considéré comme un défi particulièrement important. Les distances moyennes pour atteindre les postes de santé dépassent les 15 kilomètres dans des régions comme Tambacounda et Kolda. Deux régions sur dix n'ont pas d'hôpital et beaucoup d'établissements étaient en piteux état. En outre, les problèmes d'effectif ont été une grande contrainte, avec des fermetures d'établissement dues au manque d'infirmières. Dans un tel contexte, la génération de la demande doit être accompagnée par la provision d'une offre universelle de qualité – faute de quoi, les investissements n'auront que peu d'impact en termes de santé et bénéficieront principalement à ceux qui vivent près des formations sanitaires qui fonctionnent.

Consensus sur la politique

Les entretiens avec les informateurs clés dans les 2 pays suggèrent qu'il y n'avait pas de consensus parmi les principaux acteurs sur le caractère approprié et hautement prioritaire de la politique visée, et sur son intégration avec les autres plans et directives nationales. Le succès de la politique menée repose sur une composante clé qui est d'assurer le consensus et la synergie des actions. Les parties prenantes interrogées étaient aussi impliquées dans la mise en œuvre et compte tenu des diverses demandes concurrentielles qui pesaient elles (en termes de temps disponible), leur degré d'implication pour la réussite de cette politique dépendait pour une large part de leurs convictions personnelles. Il faut donc

assurer un plus grand investissement dans le dialogue et la communication avec les acteurs clés en amont du processus de mise en œuvre d'une telle politique.

Un leadership constant

Une appropriation institutionnelle claire avec des « champions » identifiés est indispensable. Au Ghana, les rôles dans la gestion de la politique n'étaient pas clairs et les canaux de financement ont changé entre la première et la deuxième phase de mise en œuvre. Au Sénégal, la responsabilité de la politique d'exemption a été transférée après quelque temps à une autre Direction au sein du Ministère de la Santé. Sans une répartition claire des responsabilités dans la mise en œuvre efficace d'une politique, cette dernière a plus de risques de s'essouffler avec des problèmes qui surgissent et qui restent sans solution, menant à une perte générale de confiance à tous les niveaux.

Systèmes, systèmes, systèmes

Les deux études montrent un manque fondamental d'attention consacrée à la création de systèmes forts de mise en œuvre. Au Ghana, les directives de mise en œuvre étaient claires, mais ce qui aurait du être facilement budgétisé ne l'a pas été et donc n'a pas permis le développement de cette politique qui a fait face très vite à un manque de fonds et à une suspension des activités par les prestataires. Un système très faible de suivi et contrôle de la politique a ajouté au problème. Au Sénégal, il n'y avait pas de lignes directrices écrites claires pour la mise en œuvre opérationnelle de la nouvelle politique, et le problème de base de comment compenser les établissements de niveau inférieur pour le coût du ticket (plus facturé à la patiente) n'a jamais été résolu. Bien que les capacités de contrôle aient été plus fortes au Sénégal, des aspects essentiels, comme par exemple, la fourniture des registres pour les kits et l'établissement de systèmes pour contrôler la part budgétaire due aux hôpitaux en fonction de leurs activités ont été négligés. C'est donc à la fois l'engagement mais aussi les systèmes mis en place qui permettront à ces politiques de fonctionner.

Allocation des ressources

Pour que les politiques d'exemption réussissent il faut que les ressources arrivent à temps à l'endroit où les services sont fournis. Ceci suppose une formule d'allocation des ressources liée aux résultats escomptés des services.

Au Ghana, c'est le système d'allocation des fonds aux districts par tête d'habitant qui était utilisé. Dans la région Centrale, il y a eu quelques variantes permettant différents modes de distribution selon le type d'établissement. Dans la région Volta, la distribution était basée sur le seul critère de la population. A l'opposé, au Sénégal, les remises de kits et les transferts de fonds n'ont pas tenu compte de la taille de la population ou du nombre attendu d'accouchements (une situation qui s'est retrouvée pour d'autres systèmes de financement), et n'ont pu que renforcer les inégalités préexistantes dans l'accès aux soins.

Prendre en compte les incitations pour les prestataires

Dans une politique d'exemption des coûts, les remboursements devraient correspondre aux coûts moyens des services effectués et compenser les pertes subies par les prestataires. Quand ce n'est pas le cas (comme pour les établissements de rang inférieur au Sénégal), les prestataires trouveront le moyen de récupérer ces coûts, soit en continuant de faire payer les services soit en augmentant les autres charges. Dans ce cas, la transparence est réduite et les patientes peuvent même finir par payer plus. Les prestataires peuvent aussi encaisser la subvention sans que les patientes bénéficient des réductions de coûts. Les trop-perçus (par exemple pour la césarienne au Sénégal) sont aussi un problème car ils peuvent inciter à fournir un service au-delà du nécessaire médicalement parlant (quelque chose qui est très bien documenté pour les pays en développement (Ronsmans *et al.* 2006)).

Les décideurs politiques devraient aussi prendre en compte les incitations à mettre en œuvre au niveau de personnels de santé. Quelles sont les conséquences prévisibles de la politique mise en œuvre sur la charge de travail des personnels clés des structures de santé? Quelles sont leurs capacités à augmenter leur rendement? De quelle manière la nouvelle politique va-t-elle affecter leur moral (c'est-à-dire, à travers un meilleur approvisionnement de l'hôpital et de meilleures relations avec leurs patients, ou une plus grande fatigue et une surcharge de travail)? Comment faire en sorte que les personnels se mobilisent pour soutenir cette politique et que les nouvelles incitations permettent une mise en œuvre équitable et efficace? Dans la plupart des cas (comme l'ont montré les entretiens avec les informateurs clés), les personnels avaient un sentiment mitigé à propos de ces politiques d'exemption des coûts - s'ils sont heureux de constater que les patientes peuvent être soignées même lorsqu'elles n'en ont pas les moyens,

en revanche, ils n'apprécient pas de voir que les gens considèrent leur travail comme allant de soi.

Accessibilité financière

Le dernier thème abordé, et non des moindres, renvoie à la nécessité d'une évaluation réaliste de l'accessibilité financière et au besoin d'adapter les programmes aux financements disponibles. A la fois au Ghana et au Sénégal, le passage à l'échelle nationale s'est effectué de façon rapide, et sans une réelle analyse de la première phase de mise en place. Au Ghana, le manque de ressources a été vraiment critique, mais dans les deux cas, les problèmes de financements ont été exacerbés par le passage à l'échelle. Avec le recul, un mécanisme plus efficace et ciblé géographiquement aurait été préférable, au moins à moyen terme, en attente d'une évaluation appropriée et d'un soutien plus affirmé de toutes les parties prenantes.

Conclusion

Financer des politiques d'exemption pour les accouchements est un outil relativement simple, égalitaire et potentiellement coût-efficace pour augmenter l'accès à l'assistance qualifiée à l'accouchement. Cependant, ces politiques d'exemptions doivent être planifiées et mises en œuvre avec précaution. Si les réductions de coûts sont trop faibles ou sont récupérées par les prestataires de services, alors les gains en termes de plus grande utilisation des services et/ou en termes de réduction de la pauvreté seront minimaux. Elles seront plus efficaces dans un contexte où les obstacles financiers sont importants, soit pour la majorité, soit dans des zones clairement identifiées et dans lesquelles les services de santé sont accessibles et de qualité acceptable. Des soutiens supplémentaires pour les plus pauvres seront peut-être nécessaires dès lors que les exemptions ne couvrent que les coûts directs au niveau des structures de santé. Il est aussi important d'identifier des moyens d'élaborer des mécanismes de contrôle transparents pour que les usagers aient des recours en cas de mise en œuvre défaillante ou d'écarts flagrants entre la théorie et la pratique.

Remerciements

Le présent travail fait partie d'un programme de recherche international : le programme Immpact (Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment- Initiative pour l'évaluation des programmes de lutte contre la mortalité maternelle) - financé par Bill & Melinda Gates Foundation, la DFID (UK), la Commission Européenne et USAID. Les bailleurs n'ont aucune responsabilité quant aux informations fournies ou aux jugements exprimés dans cette étude. Ces derniers n'engagent que les auteurs.

Pour le Sénégal, nous remercions l'UNFPA pour sa participation financière aux dépenses locales relatives à l'étude d'évaluation, incluant le travail de terrain, ainsi que le soutien sans faille d'Isabelle Moreira.

Nos remerciements vont aux équipes de chercheurs dans les deux pays et ceux qui nous ont fait part de leurs commentaires, en particulier Tim Ensor et Vincent De Brouwere.

Références

Arhinful D, Zakariah-Akoto S, Madi B, Mallet-Ashietey B & Armar-Klemesu M (2006) Effects of free delivery policy on provision and utilisation of skilled care at delivery: views from providers and communities in Central and Volta regions of Ghana, Immpact, Aberdeen & Accra.

Asante F, Chikwama C, Daniels A & Armar-Klemesu M (2007) Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal* **41**, 110-17.

Bosu W, Bell J, Armar-Klemesu M & Tornui J (2007) Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta Regions of Ghana. *Ghana Medical Journal* **41**, 118-24.

Deganus S & Tornui J (2006) Impact of free delivery policy on utilization and quality of care at level B (basic obstetric care) facilities in Ghana. Immpact, Aberdeen & Accra.

Dubbledam R, Witter S, Silimperi D, Hussein J, Toonen J, Dovlo D, Agble R, Christian P & Oppong R (2007) Independent review of Plan of Work 2006. Ministry of Health, Accra.

Garshong B, Ansah E, Dakpallah G, Huijts I & Adjei S (2001) 'We are still paying': a study on factors affecting the implementation of the exemptions policy in Ghana. Health Research Unit, Ministry of Health, Accra.

Graham W (2004) Poverty and maternal mortality: what's the link? Keynote address delivered at Annual Research Meeting, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon.

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.

Hotchkiss D (1993) The role of quality in the demand for health care on Cebu Island Province, The Philippines. Abt Associates, Bethesda, MD.

Hygea & Acodess (2005) Carte sanitaire du Senegal. Ministere de la Sante, Dakar.

Immpact (2005) An evaluation of the policy of universal fee exemption for delivery care: Ghana operational protocol. Immpact, Aberdeen.

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

Kunst A & Houweling T (2001) A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. In V. De Brouwere and W. Van Leberghe (Eds) *Safe motherhood strategies: a review of the evidence.*

Levin A *et al.* (1999) Cost of maternal health care services in South Kwahu district, Ghana. PHR; Abt Associates, Bethesda, MD.

Li M (1996) The demand for medical care: evidence from urban areas in Bolivia. World Bank, Washington, D.C.

Ministry of Health (2004) Guidelines for implementing the exemption policy on maternal deliveries. Ministry of Health, Accra.

MSPM (2004) Plan national de développement sanitaire (PNDS), phase 2, 2004-8. Ministère de la Santé et de Prévention Médicale, Dakar.

MSPM (2005) Enquête démographique et de santé: Sénégal. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Dakar.

MSPM, Immpact, UNFPA & CEFOREP (2006) An evaluation of the policy of fee exemption for deliveries and caesareans in Senegal: operational protocol. Immpact, Aberdeen.

MSPM U.I.C. (2007) Evaluation des stratégies de réduction des barrières économiques, socioculturelles, sanitaires et institutionnelles à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux au Sénégal. MSPM, UNFPA, Immpact, CEFOREP, Dakar.

Ndiaye S & Ayad M (2006) Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005. Centre de Recherche pour le Développement Humain & ORC Macro, Maryland, MD.

Nyonator F, Diamenu S, Ameedo E & Eleezer J (1997) Caring for the health of the poor: policy versus implementation. A baseline evaluation of exemption practices in health facilities in the Volta Region of Ghana. Regional Health Administration, Ho, Ghana.

Penfold S, Harrison E, Bell J & Fitzmaurice A (2007) Evaluation of the delivery-fee-exemption policy in Ghana: population estimates of changes in delivery service utilisation in two regions. *Ghana Medical Journal* **41**, 100-9.

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

Tornui J, Armar-Klemesu M, Arhinful D, Penfold S & Hussein J (2007) Hospital based maternity care in Ghana: findings of a confidential enquiry into maternal deaths. *Ghana Medical Journal* **41**, 125-32.

UN (2005) UN Millenium Development Goals.

UNFPA & Ministry of Health (2004) Ghana health sector five year programme of work (2002-2006) - an in-depth review of the health sector response to maternal mortality in Ghana by 2003. UNFPA/MoH, Accra.

WHO (2006) Making a difference in countries: strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. WHO Making Pregnancy Safer, Geneva.

WHO, UNICEF, UNFPA & World Bank (2007) Maternal mortality in 2005. WHO, Geneva.

Witter S, Aikins M & Kusi T (2006) Funding and sustainability of the delivery exemptions scheme in Ghana. Immpact, University of Aberdeen.

Witter S & Adjei S (2007) Start-stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *International Journal of Health Planning and Management* **22**, 133-43.

Witter S, Kusi A & Aikens M (2007) Working practices and incomes of health workers: evidence from an evaluation of a delivery fee exemption scheme in Ghana. *Human Resources for Health* **5**, 2.

Witter S & Mbengue D (2007) Financial analysis of the free delivery and caesarean policy in Senegal. Immpact & CEFOREP, Aberdeen & Dakar.

World Health Organization (2007) Core health indicators. WHO, Geneva.

La réforme du secteur de la santé en Bolivie: une réponse pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux

Bertha Pooley[1], Marcia Ramirez[2] et Caroline de Hilari[3]

Résumé

Ce chapitre présente une vue d'ensemble historique du développement d'une politique d'assurance santé en Bolivie et décrit son impact sur l'amélioration des soins obstétricaux. Il donne des informations détaillées sur l'extension progressive de la couverture, son cadre légal, les sources de financements, le système administratif, la prestation de services et enfin le système de suivi et d'évaluation, c'est-à-dire tout ce qui a concouru à augmenter la couverture des consultations prénatales et des accouchements assistés par du personnel qualifié. En conclusion, les auteurs font le point sur les leçons apprises.

Le modèle d'assurance santé en Bolivie existe depuis une dizaine d'années. Initialement connu sous l'appellation "Régime National d'Assurance pour la Maternité et l'Enfance" avec un ensemble de services couvrant 32 problèmes de santé, puis continué sous l'appellation "Régime de Base d'Assurance Santé" qui comprenait 92 ensembles de services, ce modèle s'appelle depuis 2002 "Assurance Universelle Mère et Enfant" (SUMI). Il fournit un ensemble de services couvrant 547 problèmes de santé touchant les femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à six mois après l'accouchement et touchant aussi les enfants, de leur naissance à leur cinquième année.

Le SUMI possède trois sources de financement: municipale, départementale et nationale. Via un accord de crédit, la Banque Mondiale a mis en place le système de gestion et de supervision qui inclut les indicateurs de couverture avec suivi et rapports trimestriels.

[1] Conseiller néonatal, Save the Children/Saving Newborn Lives. Email : b.pooley@savechildren.org.bo (la correspondance doit être adressée à cet auteur).
[2] ancien responsable "réforme du secteur de la santé", Bolivie
[3] Conseiller santé, Save the Children Bolivie

Les premières années après l'introduction du modèle d'assurance, de 1998 à 2003, virent la plus grande augmentation des couvertures de consultations prénatales et des accouchements assistés par du personnel qualifié. Cette courbe de croissance a récemment atteint un plateau. Ceci a justifié de s'intéresser aux barrières géographiques et culturelles existantes via des nouvelles stratégies comme les "brigades" mobiles, les pharmacies communautaires et une composante interculturelle santé qui renforcent l'utilisation des services dans les zones rurales. La Bolivie a encore besoin d'approches innovantes pour améliorer la santé maternelle, et la couverture universelle doit être considérée comme un objectif politique visant à atteindre l'équité dans l'accès aux services de qualité.

Mots-clés: Réforme du secteur santé, mortalité maternelle, assurance santé, stratégies de proximité.

Introduction

Le processus de réforme du secteur santé en Bolivie a fait partie d'un ensemble global de réformes touchant l'état. Les réformes ont été entreprises dans le pays durant les 2 décennies de gouvernement démocratique. Au cours de ce processus, le système de santé du pays a dû faire face à un certain nombre de défis nouveaux sur le chemin menant à la réalisation du droit universel à des services de santé équitables et de haute qualité qui réduisent les mortalités maternelle, néonatale et infantile.

Se référant au critère de la "santé comme un investissement", le pays a obtenu deux crédits à intérêt réduit afin de financer ce qui s'appelait alors « la réforme du secteur de la santé », qui comprenait le financement d'une politique d'assurance comme composante des accords passés avec l'Association Internationale de Développement (A*sociación Internacional de Fomento)*. Le but de ces accords était d'aider le pays à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 4 et 5. Ils visaient également à promouvoir l'harmonisation de toute l'aide internationale.

Ce chapitre présente un résumé historique de l'évolution de la politique d'assurance santé en Bolivie et décrit son impact sur l'amélioration des soins obstétricaux. Il passe en revue le cadre légal, les sources de financement, le système administratif, l'offre de services et de soins et enfin, le système de suivi et d'évaluation qui ont permis l'augmentation d'indicateurs comme les

couvertures en consultations prénatales et en accouchements assistés par du personnel qualifié. Les leçons apprises seront résumées dans la conclusion.

Contexte

La Bolivie est un pays sans accès à la mer, situé au centre de l'Amérique du sud, avec l'un des taux les plus élevés de pauvreté de toute l'Amérique latine qui affecte plus de la moitié (67,3%) de la population, principalement dans les zones rurales (UDAPE 2006). Selon les estimations les plus récentes, la Bolivie a une population de 10.027.643 habitants dont 35% vivent dans les zones rurales (INE 2008). La population est caractérisée par une large diversité culturelle; au moins 3,6 millions sont des indigènes et appartiennent à 36 groupes ethniques différents, principalement Quechua dans les Andes, Aymara dans les hautes terres et les vallées, et Tupi-Guaraní dans les basses terres.

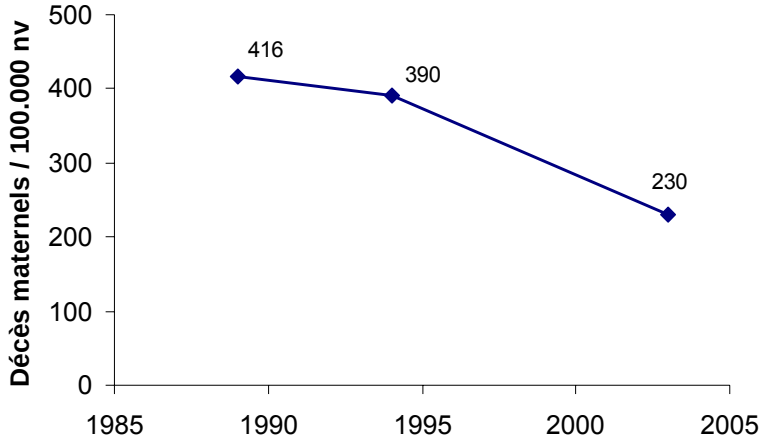
Les dépenses publiques en santé, en pourcentage du produit national brut (PNB), ont augmenté de 4% en 1995 à 7% en 2002 (Cardenas 2004). Cette augmentation ne provient pas d'une hausse des dépenses publiques en santé sur la même période (28% et 23.3%, respectivement) mais plutôt de la contribution des programmes d'aide internationale en faveur de la vaccination, du contrôle de la maladie de Chagas, du paludisme et de la tuberculose, ce qui représente plus de 50% du budget, alors que la contribution du Ministère des Finances ne s'élève pas à plus de 8,2% (OPS 2008).

Au cours de la dernière décennie, la Bolivie a fait de grands progrès dans l'offre de services de santé, mais il faut reconnaître que les soins de santé pour les mères et les nouveau-nés restent encore insuffisants. Plus de 30% de la population bolivienne n'a pas accès aux services médicaux modernes.

Il y a eu une baisse importante du ratio de mortalité maternelle. En 1994, l'Etude Démographique et de Santé (INE & MII 1994) répertoriait 399 décès pour 100.000 naissances vivantes, avec de grandes différences allant de 262 dans les zones urbaines jusqu'à 929 dans les zones rurales des hautes terres. Ce chiffre a été ramené à 230 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2003 (Figure 1). Il reste, quoi qu'il en soit, le chiffre le plus élevé de la région Amérique latine - Caraïbes après Haïti. De plus, selon l'étude qui a suivi le recensement sur la mortalité maternelle conduite en 2.000 (INE 2003), de larges disparités entre les zones urbaines et rurales

persistaient : les ratios de mortalité maternelle étaient quatre fois plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

Figure 1. Mortalité maternelle en Bolivie



Sources: ENDSA 1989, 1994 et 2003[4] (INE & IRS/MSI 1990, INE & MII 1994, INE & MSD 2003)

Ces décès sont principalement liés aux hémorragies, aux infections et aux avortements (INE & MSD 2003). Les facteurs majeurs associés à ces décès sont l'anémie, la malnutrition chronique, des grossesses rapprochées, des soins périnatals médiocres en cas de complications obstétricales et un manque d'autonomie des femmes quand il s'agit de décider la conduite à tenir en cas de problème de santé.

En 1999, le gouvernement bolivien a obtenu un crédit de la Banque Mondiale pour entreprendre la réforme du secteur santé. Au cours des années qui suivirent, l'unité en charge de la réforme du secteur santé a développé les bases techniques et financières de plusieurs programmes du Ministère de la Santé décrits ci-après.

[4] Le ratio de mortalité maternelle (RMM) n'est pas celui de l'année de l'enquête, mais en moyenne le RMM 3 ans auparavant.

Méthodes

Nous avons effectué une revue détaillée de la littérature et des documents les plus pertinents en ce qui concerne la réforme du secteur santé, ses bases légales, les services fournis et le système de financement. Nous avons également étudié les évaluations externes et les rapports administratifs émanant de l'unité en charge de la réforme du secteur santé afin de documenter les couvertures des services, les problèmes d'implantation, les défis en termes d'équité et la justification pour des stratégies alternatives.

Pour compléter notre analyse, nous avons interrogé cinq décideurs nationaux du Ministère de la Santé et des Sports, utilisant un questionnaire approfondi semi-structuré pour compléter l'information manquante et apprécier leur perception des barrières et des facteurs favorisants qui influencent le système d'assurance pour les services obstétricaux.

Finalement, les auteurs ont systématisé les informations provenant des documents et les interviews, y compris les principales conclusions d'une évaluation externe menée actuellement sur l'implantation du système d'assurance national, afin d'identifier les forces, les opportunités, les lacunes et les défis touchant l'amélioration des soins obstétricaux. Ceci a constitué la base des leçons apprises qui pourront se révéler utiles pour d'autres pays qui commencent à mettre en place des processus similaires d'assurance.

Description de la politique d'assurance santé

Les inégalités et les exclusions des services sociaux de base ont incité le gouvernement bolivien à mettre en œuvre des stratégies d'amélioration du statut de santé maternelle et infantile qui ont débouché sur le lancement d'une politique nationale d'assurance en 1996. Les objectifs visaient à augmenter le niveau de couverture, améliorer la qualité des services, corriger les iniquités, et renforcer l'efficacité et l'efficience des services de santé (Maceira 2007). Bien que la politique d'assurance concernait la santé maternelle et infantile, cet article se concentrera sur les thématiques liées à la santé maternelle.

TROIS SYSTEMES SUCCESSIFS DEPUIS 1996

Le modèle d'un système public d'assurance santé a été mis en place il y a une dizaine d'années avec des extensions et des améliorations successives. Il a été

lancé en 1996 sous l'appellation "Système National d'Assurance pour la Maternité et l'Enfance" (*Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*, SNMN)[5] avec 32 paquets de services, offrant une assistance médicale aux mères et aux enfants de moins de cinq ans. Il couvrait les soins maternels, dont les césariennes en urgence, et les soins pédiatriques pour les diarrhées et les infections respiratoires.

En 1998[6], le système a été changé et renommé "Système d'Assurance en Santé de Base[7]" (*Seguro Básico de Salud*, SBS) auquel a été ajouté un système d'assurance indigène[8], qui fournissaient ensemble un grand nombre de services répondant à 92 problèmes de santé. En plus de ce qui était offert par le système initial, le SBS incluait le transport pour les soins obstétricaux d'urgence, les soins du nouveau-né, le dépistage des problèmes nutritionnels et de croissance de l'enfant, la vaccination et le traitement des maladies infectieuses autres que la diarrhée et la pneumonie (comme par exemple la méningite et la septicémie) (Böhrt & Holst 2002). Pour les communautés rurales n'ayant pas accès aux services de santé, le SBS couvrait les coûts des visites périodiques effectuées par les personnels de santé et il jetait les bases d'une communication interculturelle pour les personnels de santé. L'ensemble des services comprenait également la formation d'agents communautaires qui se voyaient octroyer des certificats et des autorisations d'exercer (Lugo & Gutiérrez 2002).

Le 1er novembre 2002, "l'Assurance Universelle Mère - Enfant" (*Seguro Universal Materno Infantil*, SUMI) a été inaugurée, couvrant approximativement 500 problèmes de santé en rapport avec la période périnatale et les soins aux enfants de la naissance à l'âge de cinq ans. Les services du SUMI furent étendus le 1er avril 2006 pour y incorporer 27 paquets de services de santé sexuelle et de la reproduction, incluant planning familial et dépistage du cancer du col, visant à protéger les femmes jusqu'à soixante ans.

---

[5] D.S. 24303, mai 1996, jusqu'en 1998 http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/decreto supremo-24303-de mayo-1996

[6] D.S. 25265, décembre 1998, jusqu'en 2002 http://www.derechteca.com/gacetabolivia/ decreto-supremo-25265-del 31 de diciembre -1998

[7] SBS *Seguro Básico de Salud*

[8] DS 26330, septembre 2001 http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/decreto supremo-26330- de septiembre -2001

SERVICES COUVERTS PAR LE SUMI

Etant donné les niveaux élevés de mortalité maternelle et infantile, le pays a décidé de donner la priorité aux services de santé directement concernés par cette partie de la population. Les services du SUMI couvrent maintenant presque tous les problèmes de santé liés à la grossesse, depuis son début jusqu'à six mois après la naissance et une gamme très étendue de problèmes et de besoins sanitaires pour les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans. Les seuls problèmes non couverts sont les malformations congénitales, les orthèses, les prothèses, les actes de chirurgie esthétique, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'orthodontie et les greffes.

D'un point de vue technique, le SUMI n'est pas un système d'assurance, mais plutôt un paquet de services gratuits. Le SUMI est défini comme un ensemble universel, exhaustif et gratuit de soins de santé, auquel la population peut avoir accès via les services de santé publics quel que soit leur niveau, ainsi que via les services fournis par la sécurité sociale. Les patients doivent s'enregistrer dès le premier contact et reçoivent à cette occasion une carte SUMI qui leur donne accès à tous les services et soins de santé dans tout le pays.

L'église catholique et les ONG, via leurs services de santé, peuvent aussi faire partie du système selon le décret suprême 24.237. De plus, le SUMI propose une adaptation des services, si besoin est, afin d'inclure la médecine traditionnelle bolivienne et les techniques thérapeutiques traditionnelles appréciées par les populations indigènes et les paysans de Bolivie.

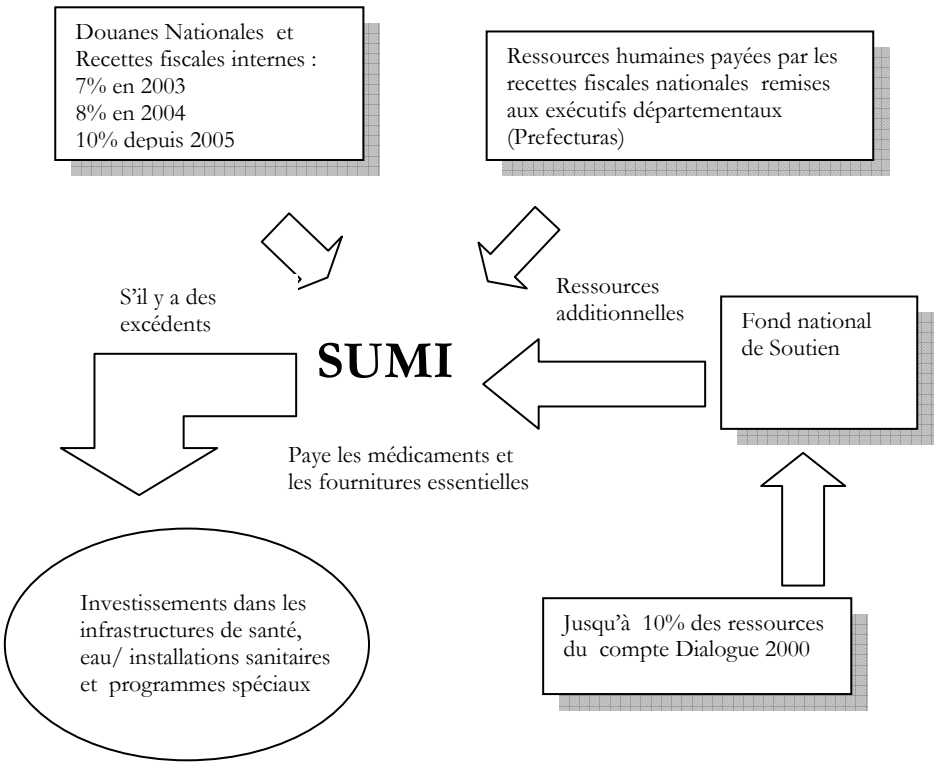
CADRE LEGAL

Une des principales différences entre le SNMN, le SBS et le SUMI tient au fait que les 2 premiers systèmes émanaient de deux décrets suprêmes signés par le Président, alors que le plus récent a requis le vote d'une loi approuvée par le Congrès, ce qui lui donnait les prérogatives d'une politique d'état. La continuité d'une politique de santé, se focalisant sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile, au cours de sept régimes politiques consécutifs est une réussite importante. L'assurance santé est désormais une politique d'état, avec un cadre légal reconnu et mis en œuvre par le secteur public, le système de sécurité sociale ainsi que certaines institutions privées de santé aussi bien à but lucratif que non lucratif.

FINANCEMENT DU SUMI

Afin de comprendre ce système d'assurance, il faut mentionner quelques-unes des lois les plus marquantes qui l'ont établi. La Bolivie est découpée politiquement en neuf "départements" et 327 "municipalités" (équivalent des comtés dans d'autres pays). Les municipalités peuvent être aussi bien de la taille d'une ville de 1,8 million d'habitants que d'une localité de quelques centaines d'habitants. A chaque niveau, il y a une structure décisionnaire : un exécutif municipal, départemental et national. Les textes législatifs et réglementaires qui régissent le SUMI sont : (1) la loi de participation populaire (1994) qui transfère les recettes fiscales nationales aux exécutifs municipaux pour gérer les services de santé et d'éducation; (2) la loi de décentralisation administrative (1995) qui délègue la responsabilité du paiement des salaires des personnels de santé aux exécutifs départementaux ; (3) la loi du dialogue national (2000) qui permet l'utilisation de ressources nationales (du PPTE-II) comme Fonds de Solidarité dans les domaines sociaux comme les services de santé. Alors que les exécutifs municipaux, selon leurs capacités d'intervention et de gouvernance, peuvent générer leurs ressources propres localement, ils ne peuvent pas les utiliser pour financer le SUMI.

Figure 2. Le système financier du SUMI



Le SUMI a donc trois sources principales de financement: municipale, départementale et nationale. Sur la somme totale des fonds reçus par les gouvernements locaux (municipalités) sur base des recettes fiscales nationales par habitant, 10% sont alloués au paiement des services du SUMI, ainsi qu'aux infrastructures et aux équipements de santé qui sont la propriété des municipalités. Les exécutifs départementaux doivent payer les salaires des personnels de santé.

Il y a des ressources disponibles complémentaires pour renforcer les financements du SUMI qui proviennent du Fonds National de Solidarité grâce à la loi du Dialogue, alimenté par le programme d'annulation de la dette du pays (Initiative PPTE : Pays Pauvres Très Endettés). Si la municipalité a des reliquats, ces derniers peuvent être utilisés pour des

investissements sociaux, pour des infrastructures ou toute autre activité en rapport avec la santé maternelle et infantile. Pour la période 2006, les municipalités ont reçu à peu près 22 millions de dollars US pour financer les services du SUMI. Ce niveau d'engagement et d'intérêt au niveau politique national en faveur d'un soutien financier a permis d'assurer la viabilité économique du SUMI.

GESTION DU SUMI

Le but était de créer un système simple garantissant l'efficacité.
Déjà, à l'époque des systèmes SNMN et SBS, plusieurs mécanismes de remboursement ont été testés et affinés. En gros, les formes et les procédures d'alors garantissaient que l'argent ou les fournitures revenaient bien aux prestataires de services (centres de santé et hôpitaux) dès lors que les services avaient été fournis. Afin de s'en assurer, plusieurs formulaires ont été créés pour suivre les inscriptions des patients, les récapitulatifs mensuels, le contrôle des dépenses, et finalement les remboursements des apports initiaux. Il existe un formulaire spécifique pour des dépenses trans-municipalités afin de prendre en charge le paiement par une municipalité des services fournis à un citoyen de sa juridiction dans un centre dépendant d'une autre juridiction.

Les mesures présentées dans la loi relative au SUMI ont maintenu les unités de gestion nationales et départementales créées dans les systèmes précédents. Cependant, ces unités de gestion sont maintenant obligatoires dans l'ensemble du système de santé national, les exécutifs départementaux et municipaux, la sécurité sociale, et toutes les institutions qui sont soumises à ces accords.
La loi désigne les autorités administratives de la façon suivante :
(1) Le Comité de Coordination Technique (COCOTEC[9]), composé du ministère du plan, du ministère de la santé et des sports et de l'unité de politique économique (*Unidad de Política Económica*, (UDAPE 2006)), en charge du suivi du SUMI.
(2) Le ministère de la santé et des sports, comme l'autorité nationale de santé, est responsable de l'établissement des règles, de la réglementation, de la supervision et du contrôle du SUMI et de leur application à tous les niveaux des soins de santé.

[9] Comité de Coordinación Técnica

(3) Les exécutifs municipaux sont directement responsables de la mise en place du SUMI dans leurs juridictions respectives, ainsi que de la gestion du Compte Municipal de Santé (CMS-SUMI[10]) et du remboursement des centres de santé publics.

Un changement important dans le cadre de la législation du SUMI réside dans la création de comités locaux de santé (DILOS[11]) comme autorité la plus élevée de l'administration dans chaque municipalité. Ce comité est responsable de la mise en place du SUMI, de la gestion du compte municipal de santé et de la conformité avec les politiques nationales de santé. Il est composé du maire de la municipalité ou de son/sa représentant(e) comme président(e); un représentant du comité municipal de vigilance et d'un représentant du service départemental de la santé (SEDES) mis en place par l'exécutif départemental.

PROCEDURES DE REMBOURSEMENT

Le circuit de financement pour le paiement des services se présente comme suit: (1) Le trésor public ouvre un compte pour chaque municipalité et transfère automatiquement les recettes correspondantes à sa part du revenu fiscal national (*coparticipación tributaria*); 10% de cette somme est transféré au compte municipal de santé pour le SUMI ; (2) le centre de santé qui a fourni le service envoie la facture administrative correspondante (FOPO) à la municipalité, qui la vise, l'enregistre dans une base de données, débite le montant du compte municipal et le crédite sur le compte du centre de santé. Au même moment, l'information est envoyée électroniquement à l'unité départementale de gestion où elle est consolidée avec d'autres données avant d'être envoyée à l'unité nationale de gestion; (3) l'unité nationale de gestion identifie les municipalités qui seront autorisées à recevoir des ressources additionnelles du fonds national de solidarité. Cette procédure est applicable lorsque la municipalité a dépensé l'intégralité de ses fonds destinés au SUMI. Cette situation arrive peu souvent, par exemple, en 2005 seulement 15% de ce fonds ont été utilisés (MSD 2008), en particulier pour les paiements relatifs aux hôpitaux de troisième niveau.

[10] Cuenta Municipal de Salud - SUMI
[11] Directorio Local de Salud

Le suivi du SNMN a été effectué sur la base d'indicateurs prioritaires pour les enfants de moins de cinq ans et leurs mères, via le système national d'information de santé (SNIS[12]). Plus tard dans le système SBS, des obligations administratives ont été définies afin de suivre les sept indicateurs concernant l'offre de services et un indicateur du financement durable des vaccinations. Pour le SUMI, et c'est une partie de l'accord de crédit, la banque mondiale a établi des systèmes de gestion et de supervision comprenant huit indicateurs de couverture, avec des évaluations et des rapports trimestriels. Un indicateur a été changé, passant de la "couverture des cas de diarrhée" à la "mortalité néonatale précoce". Suivre le premier indicateur n'était pas un enjeu pour le pays alors que pour le second, l'enquête démographique et de santé (INE & MSD 2003) a montré que la mortalité du nouveau-né était un problème important qui représentait presque 50% de la mortalité infantile qui était alors de 54 pour 1.000 naissances vivantes.

Encadré 1. Huit indicateurs pour suivre la santé de la mère et de l'enfant (MSD 2003)

- ✓ Femmes ayant eu 4 consultations prénatales
- ✓ Accouchement institutionnel
- ✓ Couverture du vaccin pentavalent
- ✓ Mortalité néonatale précoce dans 15 hôpitaux
- ✓ Couverture de prise en charge des cas de pneumonie
- ✓ Couverture d'administration de supplément en fer pour les enfants de moins de 5 ans
- ✓ Nombre de municipalités avec une couverture du vaccin pentavalent en-dessous de 80%
- ✓ Pérennisation: financements suffisants de la part du gouvernement pour acheter des vaccins pour le programme élargi de vaccinations de routine

Depuis 2003, dans le cadre du SUMI, un système d'information a été mis en place parallèlement au système d'information national de santé (SNIS). Ce système traite de façon électronique les formulaires de remboursement des services fournis grâce auxquels l'offre de service et les

[12] Sistema Nacional de Información en Salud

remboursements peuvent être analysés. Ce système d'information et le SNIS sont actuellement en train de devenir mutuellement compatibles afin de permettre un nouveau SNIS intégré qui prendra en compte l'offre, la gestion et le financement des services.

Quatre consultants externes assurent la supervision (deux auditeurs et deux médecins) et font rapport à l'unité nationale de gestion du SUMI. Ils visitent les centres de santé dont la productivité baisse ou qui ont des données incohérentes dans l'information fournie. Ces visites servent aussi de feedback aux centres et permettent de définir les plans d'action. Malheureusement, ni l'unité de gestion départementale du SUMI ni le secrétariat départemental de la santé (SEDES), ne sont impliqués dans cette supervision. En conséquence, beaucoup de recommandations ne sont pas suivies d'effet.

EVALUATIONS

Le système de suivi a été complété par des évaluations externes assurées par différentes organisations qui ont en général reconnu que les différents types de système d'assurance avaient eu des résultats positifs au regard de la demande pour les services de santé. Cependant, il est difficile de savoir si cela est dû uniquement au système d'assurance lui-même ou si d'autres facteurs sociaux ont influencé cette variable. Ces évaluations ont permis d'identifier des problèmes spécifiques dans la gestion et la qualité des services.

« Partnerships for Health Reform » (PHR) a conduit une évaluation du SNMN en 1998 (Dmytraczenko *et al.* 1998). D'autres évaluations ont été conduites sur le système d'assurance de santé de base (Böhrt & Holst 2002, Böhrt & Larraín 2002). La dernière évaluation a été effectuée par l'unité d'analyse des politiques économiques et sociales (UDAPE 2006) qui rend compte au ministère du plan et analyse l'impact des trois systèmes d'assurance.

GESTION DE LA QUALITE

Des systèmes d'assurance qualité ont été mis en place pour maintenir la qualité des services tout en augmentant la couverture. Dans la deuxième phase du projet de la réforme de la santé (APL II), l'observatoire de gestion

de la qualité[13] a été créé et produit des études, établit des normes d'accréditation et de certification des centres de santé, des audits médicaux et des études de satisfaction des usagers. Dans un premier temps, le ministère de la santé a sélectionné 15 hôpitaux qui avaient en charge les quelque 70% des naissances institutionnelles dans le secteur public. Il a amélioré la formation des personnels en soins néonatals et obstétricaux d'urgence, il a procuré des équipements et des fournitures et a défini pour l'accréditation des normes de biosécurité pour les patients et le personnel de santé, ainsi que des évaluations de l'équité pour les populations ayant un moindre accès aux services de santé.

Parmi les plus importantes activités conduites par l'observatoire de gestion de la qualité figuraient la création de commissions d'accréditations dans les hôpitaux de deuxième et troisième niveaux et la certification pour les centres de santé de premier échelon. Cela a été accompagné de l'évaluation et de l'équipement des hôpitaux et des centres de santé de premier et deuxième niveaux pour répondre aux complications néonatales et obstétricales, ainsi que de l'offre d'une formation continue aux personnels de santé sur les standards de soins pour la mère, le nouveau-né et l'enfant. A été également prise en compte l'amélioration des infrastructures.

Entre 2004 et 2007, sur 100 hôpitaux de troisième niveau, 34 ont été accrédités et sur les 1000 centres de santé sélectionnés, 300 ont été certifiés (MSD 2008). Ces processus ont été financés par le service de santé départemental (SEDES), bien que leur exécution n'ait pas été homogène. Quelques SEDES ont mis sur pied des équipes pour soutenir des commissions d'accréditation et de certification, ce qui a permis de standardiser les façons de travailler, alors que dans d'autres, cette activité a été sporadique. De plus, la détection des problèmes dans un centre n'a pas forcément débouché sur une nécessaire prise de décision ou action pour rectifier les situations ou mieux les suivre.

STRATEGIES COMPLEMENTAIRES: LES EQUIPES MOBILES, LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES ET LA COMPOSANTE INTERCULTURELLE

Bien que les barrières économiques aient été atténuées par le SUMI, le défi fondamental réside toujours dans les inégalités et l'exclusion sociales. Cette situation a été générée par l'inaccessibilité géographique, des ressources

[13] Observatorio de Gestión de la Calidad

humaines et techniques insuffisantes, surtout dans les régions rurales, et dans les aspects culturels à la fois du côté des communautés et des prestataires de services. Autant de facteurs qui ont contribué aux barrières à l'accès aux soins de santé (OPS 2002).

Depuis 2003, un certain nombre de solutions ont été proposées et mises en place pour surmonter ces barrières géographiques et culturelles et pour donner une dimension encore plus globale au modèle de service de santé.

EXTENSA, le programme national d'expansion de la couverture des systèmes SBS et SUMI, a été conçu pour fournir directement des services de santé de base aux populations des régions les plus reculées du pays. EXTENSA est formé d'équipes de santé mobiles et multidisciplinaires appelées "Brigades" (médecin, infirmier/ière, dentiste et personnel assistant). Chacune de ces brigades offre des services médicaux à 40/50 communautés qui reçoivent des visites tous les deux mois lors de circuits de visites durant de 20 à 25 jours.

In 2006, 59 brigades mobiles de santé ont visité 202 municipalités et 3.250 communautés, représentant 411.000 habitants couverts par plus de 500 centres de santé dans des zones rurales dispersées ayant l'index le plus élevé de pauvreté. Pour l'année d'exercice 2007, plus de 1,6 million de services ont été fournis dont 59% couverts par le SUMI, affichant depuis 2002 une augmentation constante de l'offre de services et de la couverture géographique.

La stratégie de la pharmacie communautaire vise à l'intégration sociale des communautés rurales très pauvres, en garantissant un accès rapide aux médicaments. Il s'agit de fournir une gamme de médicaments essentiels à des communautés isolées qui ne possèdent pas de centres de santé. Ces fournitures sont gérées par un agent de santé communautaire élu et supervisé par la communauté. Depuis l'année d'exercice 2005, 1.400 pharmacies communautaires ont été créées dans des communautés sélectionnées selon le niveau d'accès aux centres de santé; un processus qui a permis la mobilisation de plus de 4.000 membres des comités de santé locaux, qui ont été formés à la gestion de pharmacies communales et sur des thématiques de soins de santé. Avec ces pharmacies, plus de 170.000 habitants peuvent bénéficier d'un accès rapide et sûr aux fournitures et médicaments essentiels pour prendre en charge leurs problèmes de santé de base. 1.700 pharmacies communautaires additionnelles sont prévues pour l'année d'exercice 2008.

Un des plus grands problèmes liés à l'exclusion est le manque de compréhension et de respect pour les traditions culturelles qui affectent en particulier les femmes rurales. Pour surmonter cette barrière, la réforme de la santé a consacré une partie de son plan 2002 aux aspects interculturels de la santé. 371 établissements de santé (19% de tout le territoire) dans les zones rurales sont en train d'être renforcés grâce à des formations interculturelles spécialisées pour les personnels de santé et à des approches culturelles adaptées aux accouchements assistés, à la fourniture de soins aux femmes enceintes et à leurs familles dans des structures d'accueil maternel et au recours aux herbes médicinales dans les centres de santé.

Résultats

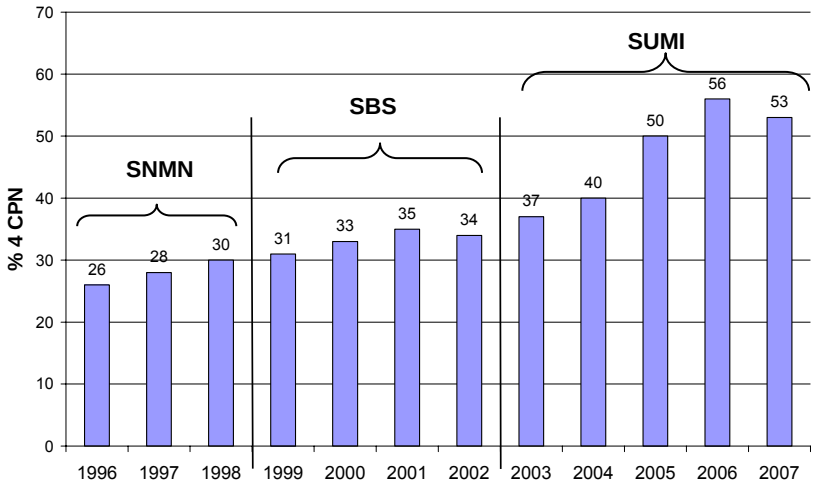
UTILISATION DES SERVICES

Comme il a été évoqué précédemment, le pays a sélectionné huit indicateurs pour mesurer les résultats dans le contexte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en se donnant des cibles annuelles. Pour les deux premières années, les indicateurs montrent des réalisations ayant atteint les objectifs. Dans les années suivantes, la tendance n'a pas été maintenue et chaque année les performances sont différentes. En 2007, quatre indicateurs ont montré des objectifs atteints sur les thématiques suivantes : mortalité néonatale, supplément en fer, couverture des cas de pneumonie et financement des vaccinations.

Les deux indicateurs choisis pour mesurer la santé maternelle, c'est-à-dire quatre consultations prénatales et l'accouchement assisté (Figure 3), sont positivement corrélés à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (Vidal 2003).

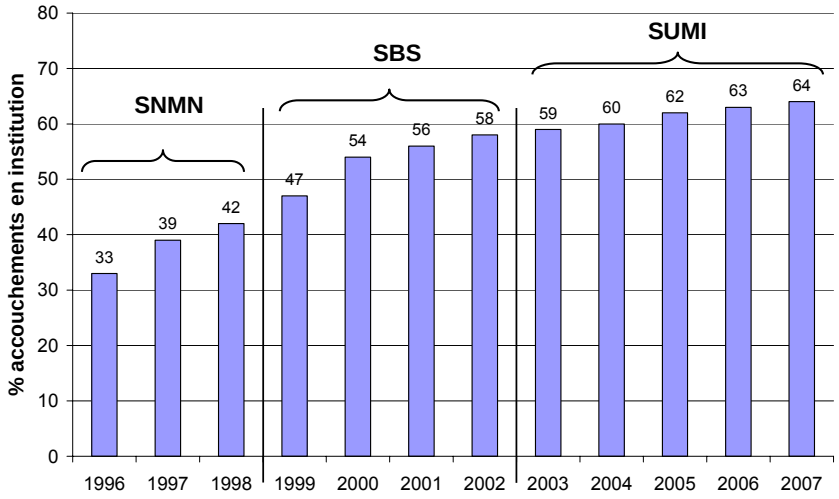
Les premières années de la mise en place des systèmes d'assurance - 1996 à 2003 - ont vu la plus importante augmentation de couverture des accouchements assistés, alors que plus récemment, un plateau a été atteint (Figure 4).

Figure 3. Couverture de 4 visites prénatales (CPN), 1999-2007, Bolivie



Sources: Système National d'Information Sanitaire (SNIS), mise à jour à partir du rapport UDAPE (2006).

Figure 4. Accouchements en institution



Sources: Système National d'Information Sanitaire (SNIS), mise à jour à partir du rapport UDAPE (2006).

IMPACT SUR LA SANTE MATERNELLE

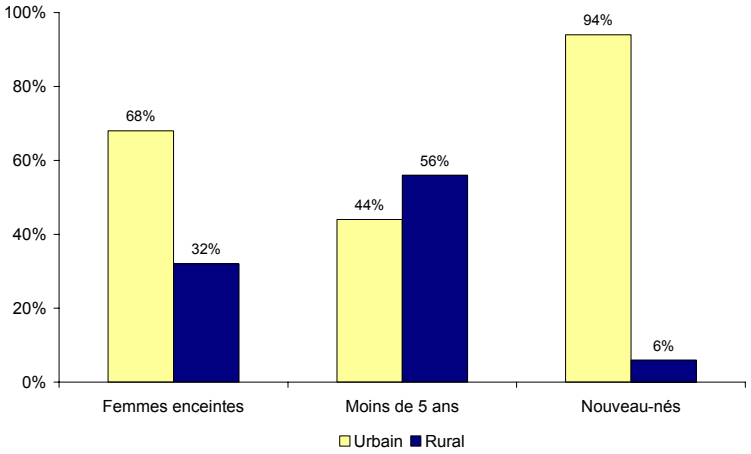
Les EDS boliviennes montrent les changements positifs qui ont eu lieu concernant les indicateurs de santé maternelle. En 1994, les EDS ont montré que le ratio de mortalité maternelle était de l'ordre de 390 décès pour 100.000 naissances vivantes, que la couverture de consultations prénatales était de 49% et que la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié était 43%. En moyenne, le ratio de mortalité maternelle pour 2003 est tombé à 230 pour 100.000 naissances vivantes, la couverture prénatale (pour au moins une consultation) était presque de 71%, et la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié a atteint presque 60%.

EQUITE

Toutes les évaluations du SUMI ainsi que les systèmes précédents s'accordaient sur le fait que l'accès aux services de santé avait augmenté, mais ils notaient aussi, comme problème majeur, que les services ne parvenaient pas à couvrir les secteurs les plus pauvres de la population, et que les populations rurales n'avaient pas connaissance de ces systèmes d'assurance (Narvaez 2002). En ce qui concerne la couverture des femmes enceintes et des nouveau-nés pour 2004, le SUMI a révélé des écarts nets entre les zones urbaines et rurales. Dans les zones rurales, seulement un tiers des femmes enceintes ont bénéficié des quatre visites prénatales, alors que le pourcentage pour les zones urbaines était de presque 70% (Figure 5). De plus, la couverture des soins néonatals (un check-up complet du nourrisson de moins d'un mois) n'était que de 6% dans les zones rurales, alors que dans les zones urbaines il atteignait 94%. D'un autre côté, la couverture des enfants de moins de cinq ans (une visite médicale par an) est plus élevée de 10% dans les régions rurales que dans les régions urbaines (56% contre 44%).

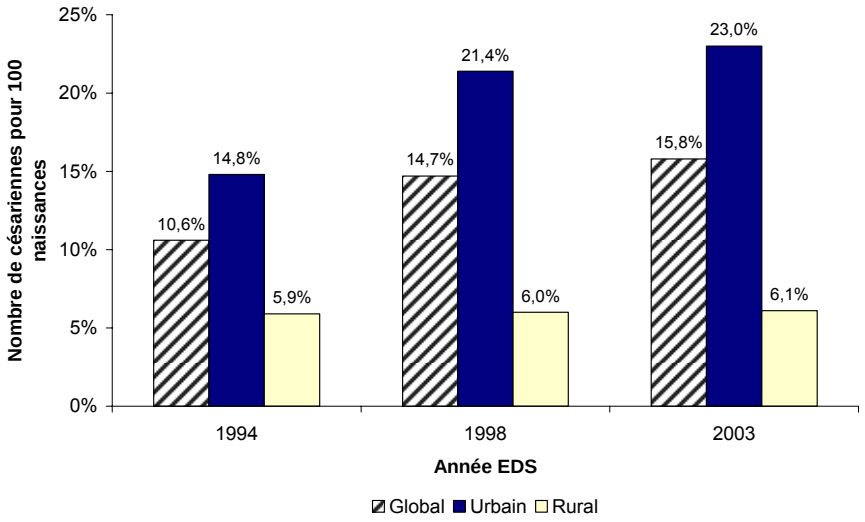
Si l'on considère le taux de césariennes, qui n'était pas parmi les huit indicateurs de suivi mais qui reste un excellent indicateur de l'utilisation et de l'accessibilité des services, il apparaît que ce taux n'a pas augmenté dans les zones rurales depuis le lancement du système assurantiel (Figure 6).

Figure 5. Couverture des paquets de services: femmes enceintes, nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans, Bolivie, 2004



Source : Health Reform Unit, FOPOs 2004

Figure 6. Evolution du taux de césariennes, milieux urbain et rural, Bolivie



Sources: INE & MSD 1994, INE & 1998, INE & MSD 2003

De plus, il existe encore de grandes disparités entre, et à l'intérieur des régions et des départements, en particulier pour ce qui concerne les groupes les moins favorisés. Par exemple, dans les zones rurales, la couverture prénatale est presque le double de celle des zones rurales. Les régions montagneuses, où vivent la plupart des populations indigènes, ont les couvertures les plus basses (59%) en comparaison des plaines qui affichent des niveaux supérieurs à 80% et, pour les femmes du quintile de pauvreté le plus bas, la couverture prénatale n'est que de 37% (INE & MSD 2003). En plus, les accouchements assistés par du personnel qualifié dans les zones urbaines se sont élevés à presque 75%; dans les zones rurales ce pourcentage n'est que de 38% et pour les femmes du quintile de pauvreté le plus bas il n'est encore que de 27%.

C'est dans les centres de troisième niveau des zones urbaines (incluant les hôpitaux généraux et spécialisés) que l'augmentation de l'utilisation des services a été la plus importante. Les utilisateurs préfèrent les meilleurs établissements parce que ces derniers offrent la possibilité d'être suivi par des spécialistes et d'avoir accès à un plus grand nombre de fournitures et de médicaments.

QUALITE DES SOINS

Selon les rapports de suivi de l'observatoire de la gestion de la qualité, il y avait jusqu'en 2006 des déficiences dans la qualité des services, telles que :

- une capacité insuffisante d'identification des signes de danger par le personnel des centres de santé,
- un manque de tests élémentaires de laboratoire permettant d'identifier précocément l'anémie chez la femme enceinte, les infections urinaires et les infections sexuellement transmissibles, et qui auraient permis à ces personnels de prendre des décisions rapides.

Cependant, les hôpitaux accrédités possédaient un personnel ayant un bon niveau de connaissance des standards cliniques, une bonne infrastructure, de bons équipements et des standards de sécurité. Dans ces mêmes hôpitaux, les audits cliniques basés sur les revues de cas ont donné satisfaction.

SATISFACTION DES USAGERS

Les utilisateurs ont rapporté une baisse de la qualité des soins, principalement dans les hôpitaux de troisième niveau. En dépit de cela, au cours de l'évaluation de 1998 sur la base d'entretiens effectués à la sortie de l'hôpital, 85% des patientes se disaient satisfaites des services rendus (Dmytraczenko *et al.* 1998). Ceci peut refléter une tendance générale des patients à se dire satisfaits des soins médicaux qu'ils reçoivent, et à être réticents à critiquer les services, en particulier lorsque l'entretien de sortie est effectué au sein de l'établissement. Aucune autre évaluation complète de satisfaction n'a été effectuée après celle de 1998.

VIABILITE FINANCIERE

Lors de l'évaluation de 1998, le système mis en place par la Bolivie a été remis en question à cause de la sous-estimation des coûts moyens (Dmytraczenko *et al.* 1998). Des établissements de santé de niveau plus élevé avaient des coûts moyens plus élevés et cet état de fait devait se retrouver dans le choix des niveaux de remboursement. Le problème persiste encore aujourd'hui.

Le remboursement par service (par exemple, le coût d'un accouchement normal) est le même que l'on soit en zone urbaine ou en zone rurale. Cependant, à cause d'une plus grande complexité dans les services rendus en zones urbaines (césariennes, soins intensifs néonatals), c'est dans ces dernières qu'on a constaté un doublement des dépenses par rapport aux zones rurales en 2006 (13.981.775 US$ en zone urbaine contre 7.685.678 US$ en zone rurale (MSD 2008)).

Discussion

L'évaluation actuelle montre que l'utilisation des maternités a augmenté depuis que la politique d'assurance a été mise en place, et cela a probablement contribué à améliorer les indicateurs maternels tels qu'observés dans les mises à jour des EDS. Il est important de reconnaître qu'au cours du temps certains indicateurs peuvent stagner ou même être en légère baisse. Si tel est le cas, il peut se révéler nécessaire d'identifier d'autres stratégies mobiles afin de garantir une couverture universelle.

Le problème principal du SUMI reste celui de l'équité et de la qualité des soins. Des évaluations de l'équité montrent que les pauvres, les populations indigènes et rurales continuent à sous-utiliser le SUMI. Il y a l'exception notable des services infantiles dont la couverture est plus élevée dans les zones rurales probablement grâce au succès du programme communautaire PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) qui a entraîné une mobilisation sociale intensive dans les zones rurales, mais cela pourrait s'expliquer aussi par une plus grande utilisation des soins auprès de prestataires privés dans les zones urbaines. Un autre exemple est la stagnation du taux de césariennes dans les zones rurales qui peut s'expliquer par le manque de soins hospitaliers. La plupart des centres de santé en zone rurale ne sont équipés et n'ont de personnel que pour les soins ambulatoires.

Les problèmes liés à la qualité sont probablement dus à l'augmentation de la couverture qui met la pression sur les personnels de santé en augmentant leur charge quotidienne de travail. L'augmentation disproportionnée dans les établissements de troisième niveau par rapport à ceux de premier niveau doit nous faire reconsidérer des stratégies nouvelles pour renforcer ces derniers et soutenir activement les hôpitaux de deuxième niveau pour répondre aux besoins en soins obstétricaux et néonatals d'urgence.

Conclusion et leçons apprises

Le système SUMI n'est pas parfait. Bien que plus de 10 années de développement semblent représenter une longue période, ce que l'on peut apprendre d'une stratégie d'assurance publique requiert un suivi constant et des stratégies alternatives en cas d'imprévu pour améliorer les services et pour réussir l'intégration sociale. Le processus de réforme du secteur de la santé offre une opportunité d'aller à échelle en implantant des interventions en santé maternelle ayant fait leurs preuves, efficaces et réalisables, interventions qui permettent aussi de mettre en place des standards pour d'autres organisations.

Le fait qu'un système public d'assurance, comme le système SUMI, ait été adopté comme politique d'état, garantit un engagement soutenu, ainsi qu'une viabilité financière même lors de périodes politiques d'instabilité ou de transition. Le cadre légal et la définition d'un système partagé de

financements ont été des éléments clés pour convertir le système du SUMI en politique d'état. La signature de contrats administratifs mentionnant des indicateurs maternels permet d'améliorer le suivi et la prise de décision par les unités de gestion nationales et départementales, les responsables des réseaux santé et les municipalités pour atteindre les cibles convenues.

Encadré 2. Leçons apprises

(1) **Besoin d'acheter les médicaments et les consommables en gros et besoin d'une centrale d'achat nationale**. En ce qui concerne l'achat des intrants et des médicaments, il est préférable, pour les politiques d'assurance, de définir des paquets de soins maternels en fonction du niveau de complexité de la formation sanitaire et du type de personnel de santé et de mettre en place les interventions par des achats groupés entre plusieurs municipalités ou par les unités de gestion départementales, de façon à réduire les coûts.

(2) **Faciliter la distribution des médicaments et des consommables au niveau des prestataires**. En ce qui concerne les fournitures de produits, il est nécessaire d'avoir un système d'approvisionnement, à la fois au niveau départemental et national, qui permettra au personnel de santé d'obtenir les médicaments et les consommables requis pour les urgences obstétricales et néonatales.

(3) **Renforcer les capacités de gestion des personnels municipaux et des services de santé et les systèmes eux-mêmes devrait être une priorité pour faire face aux goulots d'étranglements**. Jusqu'à présent, les mécanismes de remboursement sont plutôt bureaucratiques et lents, et mettent en péril les capacités administratives et techniques des établissements de santé, en particulier parmi les hôpitaux de troisième niveau.

(4) **Suivre les progrès réalisés est primordial**: une approche fondée sur les résultats et sur la responsabilisation faciliterait la mise en place du projet et son suivi. En conséquence, il est impératif d'améliorer le système d'information afin de suivre de près les indicateurs et voir si le système d'assurance touche bien les populations pauvres.

(5) **Pour suivre concrètement les progrès réalisés, il faut des indicateurs standards**. Il faut s'assurer de la compatibilité entre les systèmes d'information des différents modèles assurantiels avec les systèmes de santé, de façon à aboutir à un système d'information unique. Il est recommandé d'avoir un nombre limité d'indicateurs maternels bien ciblés sur la réalisation des objectifs ainsi qu'une supervision minutieuse pour assurer

une bonne exécution. Il est nécessaire d'avoir sélectionné des indicateurs appropriés qui restent focalisés sur les résultats finaux.

(6) **S'attaquer aux enjeux interculturels, aux questions de genre, et aux aspects intergénérationnels est essentiel**: il n'est pas suffisant de se concentrer uniquement sur les aspects logistiques et de fournitures quant à la réforme de secteur de la santé pour répondre aux besoins des populations pauvres. Les inégalités d'accès aux services de santé touchant les ménages à bas revenus persistent toujours. Il est crucial que les stratégies de santé maternelle prennent en compte la satisfaction des patients et les différences interculturelles, liées au genre et intergénérationnelles.

(7) **Soutenir les détenteurs d'enjeux primaires**: il faut favoriser le développement et la consolidation d'alliances entre la société civile et le gouvernement afin de mettre en place et maintenir des politiques assurancielles. De telles alliances devraient être créées à tous les niveaux de la société et du gouvernement, particulièrement avec les différents mouvements de femmes.

(8) **Déterminer des lignes d'actions stratégiques pour promouvoir l'engagement communautaire** dans les services de santé afin de faciliter la participation et le renforcement de l'autonomie de nouveaux détenteurs d'enjeux de la société civile et des secteurs non sanitaires comme acteurs sociaux locaux. Ceci pourrait inclure en particulier les instituteurs, les étudiants, et les autres membres de la communauté, qui encourageraient des pratiques familiales clés, renforceraient les liens entre les services de santé et la communauté, stimuleraient la collaboration entre les différents secteurs, en particulier santé et éducation, et ainsi renforceraient les stratégies de proximité.

Bien que les interventions pour réduire la mortalité maternelle et améliorer la qualité de vie des femmes soient reconnues comme prioritaires dans le cadre du continuum des soins, la couverture universelle pour tous doit être un objectif politique, si l'on vise à atteindre l'équité dans l'exercice, pour chacun, de son droit à bénéficier de services de santé de qualité.

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance particulièrement aux autorités du Ministère de la Santé et au personnel technique de la réforme de la santé: Dr Juan Antonio Nogales, Ing. Abdias Cárdenas, Lic. Teresa Becerra, Lic. Werner Valdez and Dr. Rita Revollo qui ont été essentiels par leurs arguments, commentaires et informations partagées.

Références

Böhrt R & Holst J (2002) Evaluación del seguro básico de salud en Bolivia con la metodología InfoSure. Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Bolivia.

Böhrt R & Larraín O (2002) La revolución silenciosa: el seguro básico de salud, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

Cárdenas M (2004) Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, DIFID, Bolivia

Dmytraczenko T, Escalente Carrasco S, Capra Seoane K, Abramson WB, Saravia Valle A, Aitken I, Holley J & Aparicio Effen M (1998) Evaluación del seguro nacional de maternidad y niñez en Bolivia, Informe Técnico 22, Partnerships for health reform project, Abt. Associates Inc. Bethesda, MD.

http://www.derechteca.com/gacetabolivia/decreto-supremo-25265-del 31 de diciembre -1998 (accessed 15.6.08).

http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/decreto supremo-24303-de mayo-1996 (accessed 15.6.08).

http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/decreto supremo-26330- de septiembre -2001 (accessed 15.6.08).

http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/Ley - 2426 -del 1 de noviembre - 2002 (accessed 15.6.08).

http:// www.ine.gov.bo/Nota de Prensa, 2008 (accessed 15.6.08).

INE (2003) Instituto nacional de estadísticas, informe de la encuesta post censal de mortalidad materna.
La Paz, Bolivia.

INE & IRS/MSI (1990) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989. Instituto Nacional de Estadística La Paz, Bolivia y Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc. Columbia, Maryland, USA, Enero 1990.

INE & MII (1994) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994. Instituto Nacional de Estadística La Paz, Bolivia y Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA, Octubre 1994.

INE & MSD (2003) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, Bolivia, Noviembre 2003.

INE (2008) Proyecciones generales de la poblacion: calendario y sexo, según edades simples, 2005 - 2010. http://www.ine.gov.bo/indice/visualizador.aspx?ah=pc20410.htm.

Lugo O & Gutiérrez M (2002) El Seguro Básico de Salud: Difusión y Uso, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Maceira D (2007) Actores y reformas en salud en America Latina, nota técnica de saúde No. 1/2007, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.

MSD (2003) Implementación del modelo de gestión, redes de salud, DILOS, SUMI y SNUS: modelo de inducción. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

MSD (2008) Unidad de Reforma de Salud, Informes de gestión 2006 y 2007. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.

Narváez R (2002) Inequidades en el estado de salud y uso de los servicios de salud, Bolivia.

OPS (2002) Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina, 2da. Edición, Organización Panamericana de la Salud Washington D.C.

OPS (2008) Perfil del sistema de salud de Bolivia, 3rd edition. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

SNIS (2008) Anuario 2000 al 2006, informe de gestión 2007. Sistema nacional de información en salud, Bolivia.

UDAPE (2006) Bolivia: Evaluación de impacto: Evaluación de los seguros de maternidad y niñez en Bolivia 1989 - 2003, UDAPE/UNICEF, Bolivia.

Vidal C (2003) El impacto del seguro básico de salud en la cobertura de Parto Atendido por personal médico en Bolivia: Evidencia de las encuestas de hogares, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Harvard Initiative for Global Health, Cambridge MA.

Chapitre 6: Comment protéger les plus pauvres ?

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.

Ir Por[1,2], Dirk Horeman[1,] Souk Narin[1] & Wim Van Damme[2]

Résumé

Dans de nombreux pays en développement, les ratios de mortalité maternelle demeurent élevés, avec de fortes inégalités entre les pauvres et les riches. Les programmes visant à améliorer la santé maternelle et à prévenir la mortalité des mères ne parviennent souvent pas à atteindre les femmes pauvres. Le système de distribution de bons (*'vouchers'*) peut être un mécanisme financier efficace pour faciliter l'accès des pauvres aux services de santé.

Nous examinons le système de distribution de bons mis en place en complément d'un Fonds d'Equité pour la Santé (FES) dans trois districts sanitaires du Cambodge et en tirons les leçons pour une amélioration du système et un passage à l'échelle. Les données sur les systèmes de bons et de FES ont été collectées à partir du système d'information sanitaire de routine et de rapports d'activités. Elles ont été combinées avec les observations personnelles des auteurs et avec les résultats de neuf *'focus groups'*.

Nous observons que le système de bons associé à celui des FES contribue à l'augmentation du nombre d'accouchements dans les structures de santé. Un tiers du total des femmes qui accouchent dans les structures de santé sont bénéficiaires de ces systèmes. Ce pourcentage s'élève nettement dans le temps sans pour autant que le nombre des femmes payant elles-mêmes leur

[1] Coopération Technique Belge, Cambodge.
[2] Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique. Email : wvdamme@itg.be (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

accouchement ne diminue. Mais l'impact de ces deux systèmes sur l'accès des femmes pauvres à un accouchement avec du personnel qualifié reste limité. Nous soulignons plusieurs limites dans la mise en œuvre de ce système de bons.

Finalement, nous concluons que la combinaison de ces deux mécanismes de soutien, s'ils sont convenablement conçus et exécutés, a un fort potentiel pour diminuer les barrières financières et améliorer l'accès des femmes pauvres à un accouchement assisté par du personnel qualifié. Cependant ces deux systèmes n'ont pas d'influence sur les autres barrières. Aussi, pour être complètement efficaces, les systèmes de soutien financier doivent être accompagnés d'interventions complémentaires. D'autres études seront nécessaires avant d'étendre ces mécanismes.

Mots clés : système de bons, Fonds d'Equité pour la Santé, accès aux soins, assistance qualifiée à l'accouchement, Cambodge.

Introduction

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ciblent une réduction de la mortalité maternelle de trois quart d'ici 2015 (Nations Unies 2000). La progression vers cet objectif est décevante. La mortalité maternelle demeure importante dans de nombreux pays, spécialement en Afrique sub-saharienne et en Asie (Hill *et al.* 2007). Des inégalités importantes entre riches et pauvres existent en matière de soins obstétricaux et de mortalité maternelle (Houweling *et al.* 2007; Gwatkin *et al.* 2004). Pour atteindre le cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement, il est donc essentiel de cibler les interventions vers les plus vulnérables – les populations rurales et les pauvres (Ronsmans *et al.* 2006).

Aujourd'hui, les interventions techniques pour réduire la mortalité maternelle sont bien connues. Assurer un accès à un personnel qualifié et aux soins obstétricaux d'urgence font partie des interventions prioritaires pour prévenir les décès maternels évitables (Donnay 2000 ; Liljestrand 2000). Campbell & Graham (2006) affirment que la priorité doit être d'offrir aux femmes la possibilité d'accoucher dans des centres de santé. La présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement réduirait entre 13 et 33% des décès maternels (Graham et al. 2001). Néanmoins, dans de nombreux pays, les programmes visant à améliorer la santé maternelle se sont révélés

inefficaces pour réduire la mortalité maternelle. Les femmes enceintes les plus pauvres et les plus vulnérables font souvent face à de nombreuses barrières pour accéder aux soins obstétricaux de base. Leur permettre d'accéder à ces soins est un grand défi à relever pour les pays en développement (Houweling *et al.* 2007). Les coûts du transport, le coût d'opportunité du temps passé pour se rendre dans une structure sanitaire ainsi que les coûts formels et informels des prestations dans les services de santé publics constituent, dans de nombreux pays, une barrière substantielle à l'accès des femmes pauvres aux services de santé maternelle (Sharma *et al.* 2005).

Pour réduire ces barrières financières, différentes approches permettant de subventionner directement l'usager (approches du côté de la demande) sont progressivement mises en place dans les pays en développement. Parmi elles, les systèmes de distribution de bons (*'vouchers'*) sont considérés comme un moyen potentiellement efficace pour favoriser l'usage de services ou de produits de santé par des groupes de population spécifiques comme les femmes enceintes ou les pauvres (Ensor 2004 ; World Bank 2005 ; Bhatia & Gorter 2007). Les systèmes de bons sont définis comme *« un mécanisme financier destiné à subventionner le prix des services et produits de santé en direction de groupes ciblés dans le but d'améliorer l'accès et l'utilisation de ces services et produits »* (PSP-One 2006). Même si les systèmes de bons offrent un réel potentiel pour améliorer l'accès des plus pauvres à des types de soins spécifiques et pour leur permettre ainsi d'éviter des dépenses insurmontables, les preuves documentées de leur succès sont rares (Onwujekwe *et al.* 2004 ; Worrall *et al.* 2005 ; Borghi *et al.* 2006).

Le Cambodge connaît un des plus hauts ratios de mortalité maternelle pour la région du Sud et du Sud Est de l'Asie avec 472 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié y est également très bas (UNFPA 2006a). Pour ces indicateurs, l'écart entre le quintile le plus pauvre et le plus riche s'avère très important. En 2006, il était estimé que seulement 6,3% des femmes les plus pauvres accouchaient dans une structure de santé publique, et que 20,7% étaient assistées par du personnel qualifié pour l'accouchement, contre 42,2% et 89,9% pour les femmes les plus riches (World Bank 2006). Depuis le début de l'année 2007, la Coopération Technique Belge (CTB) et le Ministère de la Santé du Cambodge ont initié un système de bons dans trois

districts de santé en parallèle d'un Fonds d'Equité pour la Santé et d'autres stratégies du côté de l'offre pour améliorer l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié pour les femmes enceintes démunies. Nous allons examiner ces dispositifs et en tirer des leçons dans la perspective d'une amélioration de ces systèmes et d'un passage à l'échelle.

Contexte

CONTEXTE GENERAL DU CAMBODGE

Le Cambodge est un pays à faibles ressources de l'Asie du Sud-Est qui comptait 14 millions d'habitants en 2005. Plus de 80% de la population vit à la campagne de culture vivrière. Le revenu national brut par habitant était de 430 $US en 2005 (World Bank 2007). En 2004, 35% de la population était extrêmement pauvre, vivant sous le seuil national de pauvreté de 0,59 $US par personne et par jour. Quatre-vingt-dix pour cent de ces pauvres vivaient en zone rurale (World Bank 2006).

Dans le secteur de la santé, en dépit de progrès considérables, l'accès aux soins de santé de base incluant les soins obstétricaux, demeure un problème, spécifiquement pour les personnes pauvres. Les taux d'utilisation des services de santé sont bas et il existe une énorme différence entre riches et pauvres, et entre zone rurale et zone urbaine. En 2004, le taux d'utilisation des centres de santé publics était de 0,42 contact par habitant et le nombre d'admissions dans les hôpitaux publics de 23,4 pour 1000 habitants (Ministry of Health 2005). L'Enquête socio-économique du Cambodge de 2004 a montré que seuls 59% des plus pauvres recherchent des soins quand ils sont malades, contre 75% pour les plus riches. Le taux annuel d'admission dans les hôpitaux pour 1000 habitants était de 28 pour le quintile le plus pauvre soit presque six fois moins que pour le quintile le plus riche. Les Enquêtes Démographiques et de Santé du Cambodge de 2000 et 2005 (NIS & DG 2001 ; NIPH & NIS 2006) ont montré une amélioration dans les indicateurs de santé des mères et des enfants, excepté pour le ratio de mortalité maternelle (tableau 1).

De plus, les soins et prestations de santé au Cambodge restent chers et sont largement financés par les ménages. Les dépenses de santé des ménages étaient estimées à 23,6 $US par personne en 2004, l'équivalent de 6,7% du PIB par personne (WHO NHA 2006). Les systèmes d'exemption ne

marchant pas, les tarifs des hôpitaux du secteur public restent une barrière financière majeure pour les pauvres. (Wilkinson *et al.* 2001). Les frais à la charge de l'usager dans le secteur public, couplés avec les dépenses des usagers dans le secteur privé, constituent 67% de la dépense totale en matière de santé, soit six fois plus que la dépense de santé du gouvernement. Des dépenses importantes en matière de santé peuvent entraîner des familles aisées dans la pauvreté et des familles pauvres dans la grande misère. Certaines familles se voient ainsi contraintes à renoncer à des traitements ou à accepter une prise en charge de mauvaise qualité. Elles sont, par ailleurs, souvent obligées d'emprunter de l'argent à des taux d'intérêt élevés, de vendre ou d'hypothéquer des biens productifs (Van Damme *et al.* 2004 ; World Bank 2006).

Tableau 1. Indicateurs de santé maternelle et infantile

Indicateurs	EDS2000	EDS2005
Enfants de 12 à 23 mois totalement vaccinés (%)	40	60
Utilisation d'une méthode moderne de contraception (%)	19	27
Au moins 1 consultation anténatale par du personnel qualifié (%)	38	69
Accouchements institutionnels (%)	9,9	21,5
Accouchements par du personnel qualifié (%)	34,4	43,8
Indice synthétique de fécondité	4,0	3,4
Mortalité infantile pour 1.000 naissances	95	66
Mortalité avant 5 ans pour 1.000 naissances	124	83
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	437	472

Source: Enquêtes Démographiques et de Santé du Cambodge, 2000 et 2005.

Les indicateurs de la santé maternelle et d'accès aux soins, particulièrement pour ce qui concerne les accouchements par du personnel qualifié dans des centres de santé, restent faibles. En 2005, 43,8% des accouchements ont été réalisés par du personnel qualifié, mais seulement 21,5% dans une formation sanitaire (Tableau 1). Plus de la moitié des femmes ont continué à accoucher à la maison avec une accoucheuse

traditionnelle. Des barrières importantes (absence de personnel qualifié, éloignement de la formation sanitaire, coûts élevés, absence de membres de la famille ou d'amis pour les accompagner) empêchent beaucoup de femmes enceintes, particulièrement les plus pauvres d'accoucher dans une formation sanitaire ou avec l'assistance de personnel qualifié (UNFPA 2006b). Ainsi, le Ministère de la Santé du Cambodge a fait de l'amélioration de l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié une de ses grandes priorités. Cela passe par la promotion de l'accouchement par du personnel qualifié dans des centres de santé publics et un accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence (Ministry of Health 2005).

Au Cambodge, le personnel de santé du secteur public est très mal payé, résultant en une faible motivation des agents (Van Damme *et al.* 2001). Les salaires faibles du personnel sont un des obstacles majeurs à l'accouchement dans les fomations sanitaires (UNFPA, 2006b). En effet, les sages-femmes et les personnels de santé gagnent plus lorsqu'ils pratiquent un accouchement à domicile que dans un centre de santé, ce qui ne les incite pas à promouvoir les accouchements dans le système sanitaire public. Pour lutter contre ce phénomène, le gouvernement cambodgien a décidé mi 2007 d'offrir au personnel de santé une prime de 12,5 à 15 $US par accouchement réalisé dans une structure publique. Cette mesure incitative a été mise en place dans tout le pays en plus des mécanismes de financement de la santé existants, comme les contrats basés sur la performance et les Fonds d'Equité pour la Santé. Bien que le montant proposé ne compense pas complètement la perte de revenu des professionnels de santé qui choisiraient de promouvoir l'accouchement dans les centres de santé, ce mécanisme incitatif, s'il est correctement mis en place, pourrait en partie résoudre le problème de démotivation du personnel de santé. Cependant, les résultats de cette mesure restent à évaluer.

CONTEXTE DES SITES ETUDIES

L'étude a porté sur trois districts de santé dans la province du Kampong Cham, au Cambodge : Cheung Prey, Chamkar Leu et Prey Chhor. Le système de santé du secteur public dans ces districts consiste en trois hôpitaux de référence, sans bloc opératoire, et 42 centres de santé desservant une population d'environ 537.000 personnes. En cas de besoin d'interventions chirurgicales, y compris pour les césariennes, les patients sont transférés à l'hôpital provincial, dans la ville de Kampong Cham. Tous

les hôpitaux et centres de santé sont payants. A côté du secteur public existe un secteur privé diversifié et non réglementé. A Kampong Cham, 12,3% des femmes accouchent dans une formation sanitaire contre 52,6% à domicile avec des accoucheuses traditionnelles. Seuls 8,2% des accouchements ont lieu dans le secteur public (NIPH & NIS 2005).

Depuis la fin 2004, la CTB a mis en place des supports techniques et financiers importants en direction de ces trois districts et de l'hôpital provincial. La CTB développe diverses approches pour améliorer l'offre et la demande de santé dont les principales sont les contrats de performance et les Fonds de Solidarité pour la Santé.

La CTB a d'abord et progressivement mis en place des contrats basés sur la performance dans les formations sanitaires publiques et les organes de direction de ces trois districts ainsi qu'à l'hôpital provincial. En tant que dispositifs d'appui financier aux rémunérations des personnels de santé et d'amélioration de l'offre, ils visent à briser le cercle vicieux des personnels sous-payés donc peu performants, et des structures de santé publiques sous-utilisées. Cette approche est inspirée de l'expérience cambodgienne « New Deal » réalisée à Sotnikum (Van Damme *et al.* 2001; Meessen *et al.* 2002). Dans les contrats basés sur la performance, les structures de santé contractantes reçoivent des subventions en fonction des progrès réalisés ou du respect des normes, mesurés par des indicateurs de processus et de résultats. Ces subventions auxquelles s'ajoutent une partie de la tarification des soins collectée auprès des usagers sont distribuées aux personnels selon des critères précis : assiduité, respect de la description de poste, diminution du racket et du recrutement des patients vers le secteur privé. Une nette amélioration de l'offre de soins et des prestations dans les structures contractantes a été observée. Une qualité de service minimum est plus ou moins assurée (service 24 heures sur 24 et diminution du racket) mais le problème de l'accès des pauvres à ces services demeure.

Par ailleurs, depuis la fin 2005, la CTB a progressivement mis en place des Fonds d'Equité pour la Santé au sein des quatre hôpitaux de la région en vue d'améliorer l'accès des pauvres aux services hospitaliers. La gestion de ces quatre Fonds a été confiée à une ONG locale : Action pour la Santé. Celle-ci joue le rôle d'une tierce partie chargée d'acheter des services de santé dans les hôpitaux pour les pauvres. En 2007, une autre ONG, l'Association pour le Développement des Ressources Humaines et l'Education à la Santé a pris en charge la gestion d'un de ces Fonds à l'hôpital de Chamkar Leu.

Encadré 1. Définition d'un Fonds d'Equité pour la Santé (FES)

Le Fonds d'Equité pour la Santé est un mécanisme de financement de la demande de soins pour promouvoir un accès des pauvres aux services de santé publics dans un environnement où une grande partie des frais de santé sont à la charge des usagers. Les bénéficiaires du Fonds sont identifiés selon des critères d'éligibilité soit au niveau communautaire, avant la demande de soins de santé (pré-identification), soit au niveau des structures de santé, au moment de la prise en charge grâce à un entretien (identification a posteriori)

Une fois dans la structure de santé, les usagers pauvres obtiennent du Fonds une subvention complète ou partielle de la tarification des soins à la charge des usagers, des coûts de transport ainsi que des autres coûts survenus au cours de l'hospitalisation.

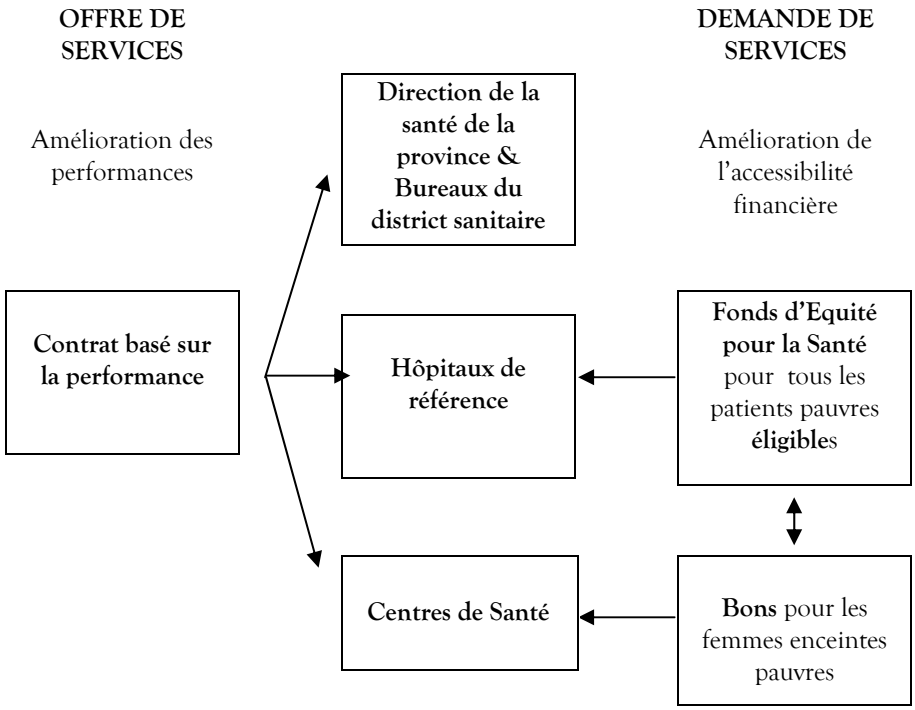
Les deux ONG utilisent une approche d'identification a posteriori pour identifier les pauvres éligibles au FES. Les patients identifiés comme pauvres sont interrogés par le personnel des ONG pour déterminer leur éligibilité selon un questionnaire prédéfini et des critères précisés dans l'Annexe 1. Ces critères sont basés sur des calculs et les interviewés sont classés en quatre catégories : très pauvres, pauvres, presque pauvres et non pauvres. La dernière catégorie est exclue des prestations offertes par le Fonds. En fonction des catégories, les patients reçoivent un forfait financier complet ou partiel, comprenant : le paiement des frais hospitaliers, le paiement des transports entre leur domicile ou le centre de santé et l'hôpital, une allocation nourriture pour la durée de l'hospitalisation et le coût des funérailles en cas de décès.

LE SYSTEME DE BONS ('VOUCHERS')

A Kampong Cham, malgré des améliorations importantes grâce à la mise en place des contrats basés sur la performance et des Fonds d'Equité pour la Santé, beaucoup de femmes enceintes, particulièrement quand elles sont pauvres, doivent encore faire face à de multiples barrières, y compris des barrières financières, pour accéder aux services de santé maternelle dans les structures sanitaires publiques. Les contrats basés sur la performance contribuent à améliorer la qualité des services mais ne permettent pas de diminuer les barrières liées à la demande, en particulier les barrières financières. Bien qu'en général le paiement des frais de santé par les usagers ne constitue pas une barrière importante au Cambodge (Wilkinson *et al.*

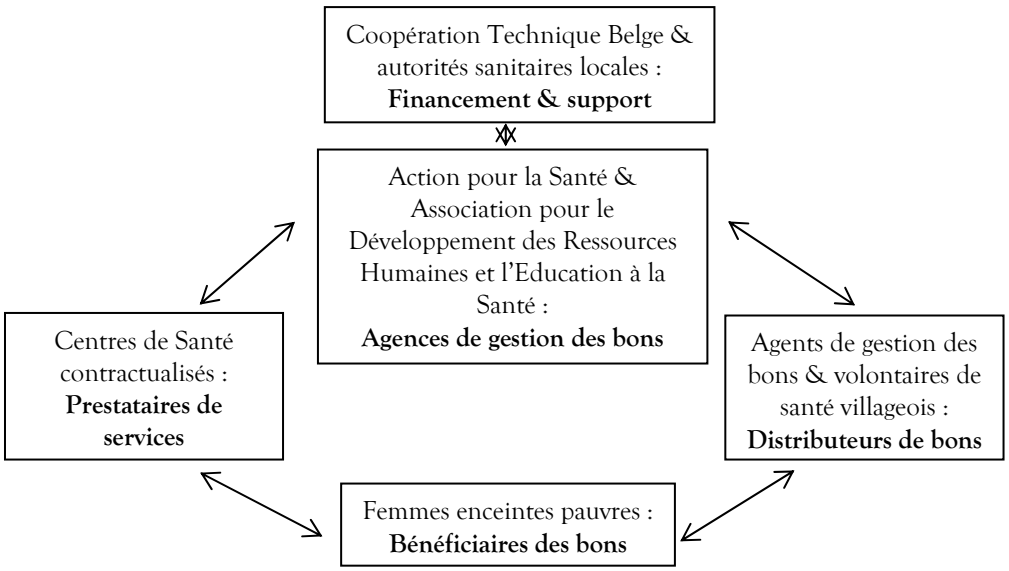
2001), les frais d'accouchement figurent parmi les plus élevés et représentent une somme conséquente pour les femmes pauvres (7.5 $US pour un simple accouchement). De plus, les coûts de transport jusqu'à la structure de santé peuvent être élevés et constituer un obstacle majeur dans l'accès des pauvres aux soins de santé (Hardeman *et al.* 2004). C'est ainsi que pour améliorer la situation un système de distribution de bons permettant l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié dans un centre de santé a été initié (Figure 1).

Figure 1. Mécanismes utilisés par la CTB pour améliorer l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié



Le premier système de bons a été introduit dans le district sanitaire de Cheung Prey en février 2007. Dans un deuxième temps, il a été élargi aux districts sanitaires de Prey Chhor en juin 2007et de Chamkar Leu en juillet 2007. L'objectif principal du système de bons est d'améliorer l'accès à un accouchement par du personnel qualifié pour les femmes enceintes pauvres en promouvant les accouchements, les soins pré et postnatals réalisés par du personnel qualifié dans les centres de santé publics des localités concernées, et par conséquent, en contribuant à réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile. La structure organisationnelle du système de bons peut être schématisée comme dans la Figure 2.

Figure 2. Structure organisationnelle du système de bons à Kampong Cham



La CTB et les autorités sanitaires locales ont sous-contracté la gestion du système de bons aux ONG qui étaient déjà des opérateurs du FES dans la localité. Action pour la Santé et l'Association pour le Développement des Ressources Humaines et l'Education à la Santé sont ainsi devenues des agences de gestion des bons (AGB). Les bénéficiaires des bons sont les femmes enceintes démunies de la zone de recrutement. Les centres de santé gouvernementaux sélectionnés sont les prestataires de services de santé. Afin

d'assurer un minimum de qualité des services obstétricaux dispensés pour un accouchement institutionnel, les autorités sanitaires locales, la CTB et les AGB ont sélectionné les centres de santé du dispositif de bons selon trois critères principaux : (1) le centre de santé devait être capable de dispenser tous les services du Paquet Minimum d'Activité défini par le Ministère de la Santé ; (2) le centre de santé devait au moins disposer d'une sage-femme qualifiée en cas de besoin ; et (3) le centre de santé devait afficher un taux de fréquentation relativement élevé en ce qui concerne le suivi prénatal et les accouchements.

Les centres de santé sélectionnés ont signé des contrats avec les AGB. A travers ces contrats, ils s'engagent à fournir de manière professionnelle et dans les délais les consultations prénatales, l'accouchement avec du personnel qualifié, la visite postnatale et la référence vers un établissement fournissant des soins obstétricaux d'urgence complets en cas de complications à toutes les détentrices de bons qui se présentent aux centres de santé. En échange, les centres de santé contractants perçoivent les frais relatifs aux soins fournis à la fin de chaque mois.

Les femmes enceintes démunies sont identifiées chez elles par les volontaires de santé villageois et le personnel des AGB. Toutes les femmes enceintes signalées par les volontaires de santé comme potentiellement pauvres sont visitées et leur éligibilité au dispositif de bons est évaluée. Les visites à domicile sont effectuées tous les trois mois par le personnel des AGB et les volontaires de santé villageois. A chaque visite à domicile, un entretien est réalisé à partir du même questionnaire prédéfini utilisé pour le FES (Annexe 1) afin de déterminer le statut socio-économique du ménage. Une fois que son éligibilité est établie, la femme reçoit un bon avec cinq coupons détachables (pour trois visites prénatales, l'accouchement et une visite postnatale) ainsi que des explications sur l'utilisation de ce bon. Les bénéficiaires des bons sont encouragées à utiliser les cinq coupons pour leur grossesse, mais elles peuvent n'en utiliser qu'un ou que quelques uns.

Le bon donne droit à (1) la prise en charge des frais aller-retour pour les soins prénatals, l'accouchement et la visite postnatale dispensés dans les centres de santé contractants, (2) la couverture des frais de transports du centre de santé à l'hôpital de référence en cas de complications, et (3) la gratuité des soins prénatals, de l'accouchement et de la visite postnatale. Les frais relatifs à la prise en charge des soins dans les hôpitaux de référence

relèvent du FES. Les bons sont uniquement valables pour la grossesse en cours.

Le paiement des coûts de transport est assuré par les centres de santé à partir d'une liste prédéfinie de prix avec une avance en liquide fournie par le système de bons. La liste évalue les coûts de transport de chaque village vers le centre de santé auquel il est rattaché. Ces prix se basent sur un tarif unitaire de 300 riels[3] par kilomètre, lequel est une estimation du coût pour les motos-taxis.

Dans le cadre du suivi global du projet, la CTB et les autorités sanitaires locales ont suivi le déroulement des activités des systèmes de bons et du FES en utilisant des indicateurs quantitatifs comme le nombre de femmes enceintes pauvres identifiées, le nombre de bons distribués, le nombre de coupons utilisés pour le suivi prénatal, l'accouchement et la visite postnatale ainsi que les coûts des services fournis à travers le dispositif de bons. Des entretiens individuels et des '*focus groups*' sont menés régulièrement avec les femmes qui ont reçu des bons et les intervenants locaux pour mieux appréhender leur perception de la performance du système de bons et la qualité des services fournis.

Méthodes

Nous avons collecté les données de 2006 et 2007 sur les systèmes de distribution de bons et sur les FES à partir des rapports effectués par le personnel des agences en charge de la gestion du système de bons et du FES, et à partir des systèmes d'information sanitaire de routine dans les trois districts sanitaires. Ces informations ont été combinées aux éléments recueillis à travers neuf 'focus groups' et aux observations personnelles de l'auteur.

Dans le système d'information sanitaire, les données sur les accouchements dans les trois districts ont été collectées mensuellement à partir de deux sources principales : les rapports d'activités des structures sanitaires qui prennent en charge les accouchements et les rapports des volontaires de santé villageois sur les accouchements à domicile. En ce qui concerne les dernières données, le personnel organise des rencontres

[3] Le Riel est la monnaie cambodgienne . Le taux de change est d'environ 4.000 Riels pour 1 $US.

mensuelles avec les volontaires de santé (deux de par village) dans tous les villages de la zone de responsabilité du centre de santé afin de réunir des informations sur les accouchements durant le mois précédent.

Afin de recueillir l'avis des femmes qui ont reçu des bons sur la qualité des services fournis dans les structures sanitaires contractantes et sur les raisons de la non-utilisation des coupons, les trois auteurs ont conduit neuf *'focus groups'* fin 2007, représentant 87 bénéficiaires de bons. Sur les neuf groupes, cinq groupes ont rassemblé 51 bénéficiaires de bons qui n'ont pas utilisé leurs coupons pour l'accouchement (groupes des non-utilisatrices) et quatre groupes rassemblant 36 bénéficiaires de bons qui ont utilisé leurs coupons (groupes des utilisatrices). Les participantes ont été sélectionnées de manière aléatoire à partir de la liste des bénéficiaires de bons dans les centres de santé. Les groupes des non-utilisatrices provenaient des centres de santé avec une faible utilisation des coupons pour l'accouchement alors que les groupes des utilisatrices provenaient des centres de santé avec un taux élevé d'utilisation des coupons.

Deux des auteurs (DH et SN) sont directement impliqués dans la mise en œuvre des systèmes de bons et de FES. Les résultats tirés de la méthode décrite ci-dessus sont complétés par leurs observations personnelles.

Afin d'analyser l'efficacité opérationnelle du système de bons, nous séparons le processus opérationnel en trois étapes : (1) la sélection des centres de santé, (2) la distribution des bons et (3) l'utilisation des bons.

Nous avons utilisé MS Excel et la version 13.0 de SPSS pour Windows pour analyser les données quantitatives. Les données qualitatives provenant des *'focus groups'* ont été codées manuellement, groupées et analysées.

Résultats

UTILISATION DES BONS ET DU FES

En 2007, un total de 1.093 bons ont été distribués dans les trois districts sanitaires en moins d'un an (11 mois, 6 mois et 5 mois, respectivement dans les districts sanitaires de Cheung Prey, Prey Chhor et Chamkar Leu). Au cours de cette période, les bons ont été utilisés par 843 femmes enceintes pauvres pour la CPN1, 635 pour la CPN2, 474 pour la CPN3, 402 pour l'accouchement et 186 pour la visite postnatale. Sur 402 utilisatrices de bons pour l'accouchement, 107 ont accouché dans un hôpital de référence, 12 d'entre elles ont été référées par les centres de santé et 95 autres se sont rendues directement à l'hôpital, probablement sur les conseils donnés par le personnel médical au cours des visites prénatales. Leur nombre a progressivement augmenté chaque mois (Tableau 1).

Tableau 1. Utilisation des bons dans les trois districts sanitaires en 2007

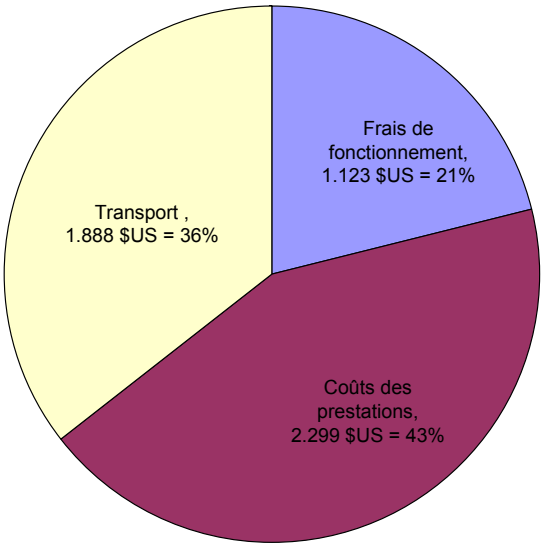
2007	CPN1	CPN2	CPN3	Accouchements		Visite postnatale
				Centre de Santé	Hôpital	
Février	6	0	0	0	0	0
Mars	6	5	0	1	2	0
Avril	4	3	1	1	1	0
Mai	17	3	2	0	0	0
Juin	131	37	7	16	2	4
Juillet	210	128	59	24	9	13
Août	246	140	99	37	15	24
Septembre	62	146	85	44	17	28
Octobre	26	55	99	53	17	42
Novembre	78	52	62	68	22	43
Décembre	57	66	60	51	22	32
Total	**843**	**635**	**474**	**295**	**107**	**186**

La nette augmentation des bénéficiaires de la CPN1 et de la CPN2 entre juin et août pourrait être expliquée par le début de la distribution des bons dans les districts sanitaires de Prey Chhor et de Cham Kar Leu. Cependant, beaucoup de femmes pauvres ont été identifiées et ont reçu des bons alors qu'elles étaient déjà dans leur dernier trimestre de grossesse. Ces femmes n'ont pas eu, de fait, l'opportunité d'utiliser leurs coupons pour les trois consultations prénatales. Cela pourrait être une raison pour la baisse soudaine du nombre mensuel de CPN1 et de CPN2, juste après l'augmentation entre juin et août. Cela pourrait également expliquer la diminution progressive de l'utilisation des coupons pour les consultations prénatales entre la première et la troisième visite. Notons qu'en 2006, le FES a pris en charge 132 femmes enceintes pauvres qui ont accouché dans les hôpitaux de référence des trois districts sanitaires et 239 en 2007, sans compter les détentrices de bons.

COUT DU SYSTEME DE BONS

Le coût total du système de bons dans les trois districts sanitaires était de 5.309 $US dont 2.299 $US (43%) pour le paiement des services fournis par les centres de santé contractants, 1.888 $US (36%) pour les transports et 1.123 $US (21%) pour les coûts de fonctionnement, y compris les per-diem et les indemnités de transport pour les distributeurs de bons (Figure 3). Ces derniers coûts ne comprennent pas le salaire du personnel et les frais administratifs des deux agences de gestion des bons dans la mesure où ces dépenses sont couvertes dans le cadre des contrats pour le FES et n'ont pas augmenté avec la mise en place du système de bons. Le montant total de l'assistance financière aux bénéficiaires (pour les services dispensés au niveau des centres de santé contractants et les transports entre la maison et les centres de santé) était de 4.186 $US ce qui représentait 79% du coût total (Figure 3). L'assistance directe moyenne par bénéficiaire s'élevait à 383 $US et le coût total à 486 $US. Le coût total par accouchement aux centres de santé était de 18 $US.

Figure 3. Répartition des dépenses globales liées au système de bons entre janvier et décembre 2007



EFFICACITE OPERATIONNELLE DU SYSTEME DE BONS

La mise en œuvre du système des bons peut être scindée en trois étapes : (1) la sélection des centres de santé, (2) la distribution des bons, laquelle comprend la présélection des femmes enceintes démunies au niveau des villages ainsi que les visites à domicile et les entretiens pour vérifier l'éligibilité de ces femmes, et (3) l'utilisation des bons, laquelle comprend aussi l'identification et la référence des cas de complications. L'ensemble des résultats obtenus à ces différentes étapes est résumé dans la Figure 4.

(1) La sélection des centres de santé. Fin 2007, le dispositif de bons a été introduit dans 329 villages rattachés à 30 centres de santé. Cela représente seulement 67,6% du total des 487 villages dans les trois districts. Douze centres de santé et les villages qui leur sont rattachés n'ont pas été couverts car ils ne répondaient pas aux critères de sélection (six n'avaient pas de bâtiments) et n'ont donc pas été sélectionnés pour bénéficier des activités.

Les femmes enceintes vivant dans l'aire de santé de ces centres ont été automatiquement exclues du système de bons.

(2) La distribution des bons. La distribution des bons a débuté avec la présélection (par des volontaires de santé villageois et des chefs de villages) des bénéficiaires potentiels dans les villages ciblés. Ils ont proposé une liste de femmes enceintes identifiées comme pauvres qui ont ensuite été interviewées par le personnel des agences de gestion des bons. Ainsi, 1.093 femmes enceintes ont été identifiées comme éligibles et ont bénéficié de bons durant la période étudiée.

Il n'est pas possible d'estimer exactement la déperdition des femmes enceintes démunies à cette étape. En prenant 30‰ comme taux brut de natalité[4] et 37% comme taux de pauvreté dans les zones couvertes par le projet[5], on obtiendrait une estimation du nombre de femmes enceintes démunies de 4.398. Seulement 1.093 femmes enceintes démunies (24,9%) ont été identifiées comme éligibles pour les bons, par conséquent 3.305 (75,1%) femmes enceintes pauvres semblent avoir été exclues du dispositif de bons. Cela pourrait être imputable à des erreurs commises lors de la présélection et des entretiens. Très peu de femmes enceintes pauvres et préalablement présélectionnées par les volontaires de santé et les chefs villageois ont été exclues suite aux entretiens. Mais les agents de gestion ne sont pas parvenus à faire autant de visites à domicile que prévues. Chaque village ciblé devait être visité par le personnel des agences de gestion, les volontaires de santé et les chefs villageois tous les trois mois. Par conséquent, 894 visites aux 329 villages ciblés auraient dû être réalisées. En pratique, seulement 545 visites (60,9%) ont été faites durant la période de l'étude.

(3) L'utilisation des bons. Beaucoup de bénéficiaires du système n'ont pas utilisé leurs bons. L'analyse a porté sur 786 bénéficiaires sur les 1.093. Toutes répondaient aux critères suivants : elles avaient déjà accouché, les

[4] Le taux brut de natalité dans la province de Kampong Cham en 2007 était officiellement estimé à 30‰ du total de la population. Beaucoup d'observateurs pensent que le taux réel de natalité dans la province a considérablement baissé au cours de ces dernières années, mais probablement beaucoup moins dans les foyers les plus démunis.

[5] Selon l'enquête socio-économique cambodgienne de 2004, le taux de pauvreté global au Cambodge (personne vivant avec moins de 0,59 $US par jour) était estimé à 35% alors qu'à Kampong Cham le taux de pauvreté était estimé à 37%.

données d'utilisation des bons les concernant étaient claires et il était possible d'avoir pour elles une estimation fiable de la date de réception des bons et de la date prévu d'accouchement. Sur ces 786 bénéficiaires, 618 (78,6%) ont utilisé leurs coupons pour la CPN1, 484 (61,6%) pour la CPN2, 369 (46,9%) pour la CPN3 et 335 (42,6%) pour l'accouchement. Par conséquent, plus de la moitié des bénéficiaires n'ont pas utilisé leur coupon pour l'accouchement. En excluant un district sanitaire dont certaines données sont manquantes, on peut considérer que sur 467 bénéficiaires de bons, 143 (30,6%) se sont rendues dans un centre de santé pour la visite postnatale.

Durant la période étudiée, les sages-femmes des centres ont identifié des complications chez 14 femmes enceintes (environ 5,6% des bénéficiaires qui ont accouché dans un centre de santé) qui ont été référées vers les hôpitaux de district. Quatre d'entre elles ont été ensuite référées à l'hôpital de province et une d'entre elles a subi une césarienne.

Figure 4. Résultats du système de bons aux différentes étapes.

(1) Sélection des centres de santé		
Total des centres de santé : 42 Total des villages : 487	30 centres de santé et 329 villages sélectionnés dans le cadre du programme	(71,4% du total des centres de santé) (67,6% du total des villages)
	↓	
(2) Distribution des bons		
Total des visites prévues : 894	545 visites menées en 2007 dans les 329 villages	(60,9% du total des visites prévues)
Estimation du total des femmes pauvres selon un taux de pauvreté de 37% : 4.398	1 093 femmes enceintes démunies ont été identifiées comme étant éligibles et ont reçu des bons	(24,9% du total estimé des femmes enceintes démunies dans les 329 villages sélectionnés)
	↓	
(3) Utilisation des bons		
Echantillon retenu pour la CPN et l'accouchement : 786 bénéficiaires de bons avec des données claires	618 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la CPN1	(78,6% de l'échantillon total)
	484 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la CPN2	(61,6% de l'échantillon total)
	369 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la CPN3	(46,9% de l'échantillon total)
	335 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour l'accouchement	(42,6% de l'échantillon total)
Echantillon retenu pour les soins postnatals: 467 femmes avec des données claires	143 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la visite postnatale	(30,6% de l'échantillon total)
Echantillon retenu pour les référencements : 251 bénéficiaires de bons qui ont accouché dans un centre de santé	14 complications de l'accouchement ont été référées à l'hôpital et une césarienne a été effectuée	(5,6% de l'échantillon total)

RESULTATS DES 'FOCUS GROUPS'

Aucune des 87 participantes aux '*focus groups*' n'avaient déjà accouché dans un centre de santé avant la mise en place du système de bons, bien qu'environ la moitié d'entre elles avaient l'habitude de se rendre au centre de santé pour les consultations prénatales. La plupart des participantes ont été capables d'expliquer comment fonctionnait le système de bons et les bénéfices qu'elles pouvaient en tirer. Elles ont déclaré apprécier le système de bons. Presque toutes, y compris les femmes qui n'ont pas utilisé le coupon pour l'accouchement, ont utilisé au moins une fois les coupons pour les consultations prénatales dans un centre de santé contractant.

Le groupe des utilisatrices de bons s'est montré globalement satisfait par les services dispensés dans les centres de santé. Trois raisons principales furent avancées pour justifier l'utilisation des bons. Tout d'abord, grâce aux bons, les utilisatrices n'avaient pas besoin de payer. Par ailleurs, elles se sentaient en meilleure sécurité pour accoucher au centre de santé plutôt qu'à la maison en compagnie d'une accoucheuse traditionnelle. Enfin, elles pouvaient en profiter pour faire vacciner leur enfant en même temps.

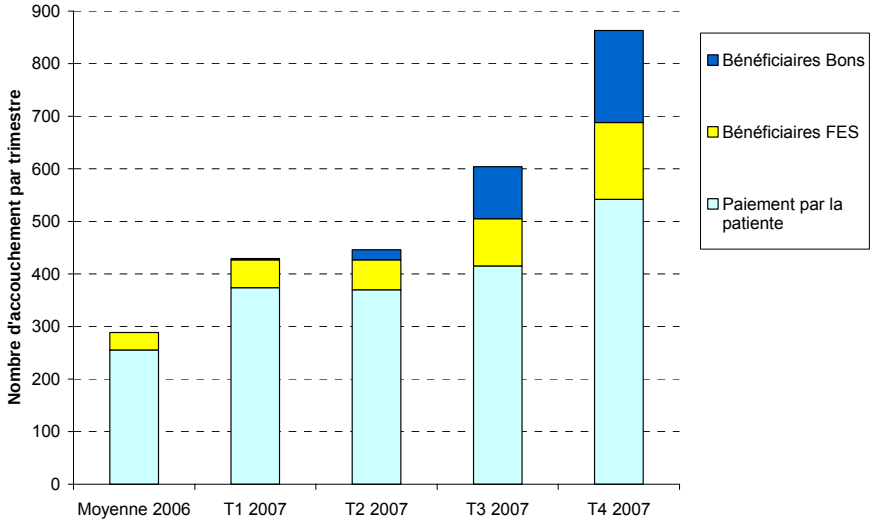
A l'opposé, plusieurs femmes du groupe des non-utilisatrices ont exprimé leur mécontentement par rapport aux services dispensés au niveau des centres de santé. Certaines utilisatrices ont évoqué le mauvais accueil du personnel ou les paiements non officiels. Certaines ont précisé que les sages-femmes ne demandent pas explicitement de paiement supplémentaire, mais qu'il est difficile pour une patiente de ne pas le faire si elle veut être bien soignée. D'autres mettent en doute la disponibilité des sages-femmes durant la nuit. Outre les problèmes relatifs à la qualité et aux prix des services, les participantes ont évoqué les difficultés de transport et les contraintes domestiques comme les deux principales raisons pour ne pas utiliser les coupons pour l'accouchement. Premièrement, elles vivent dans des localités isolées et très éloignées des centres de santé. Les accouchements sont survenus la nuit et elles n'ont pas trouvé de moyens de transport, même en sachant que les coûts de transports seraient payés par le système de bons. Pour celles qui auraient pu trouver un moyen de transport jusqu'au centre, elles ont supposé que le coût exigé aurait été beaucoup plus élevé que le prix couvert par le dispositif de bons. Ces femmes avaient alors peur de devoir payer de leur poche un surplus. Deuxièmement, plusieurs contraintes domestiques rendent le départ de la maison difficile. Beaucoup ont ainsi

déclaré que si elles avaient quitté la maison, personne n'aurait tenu la maison pour elle ou n'aurait pris soin des enfants, ou encore qu'elles n'auraient trouvé personne pour les accompagner au centre de santé.

IMPACT SUR LES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR DU PERSONNEL QUALIFIE

Les sages-femmes des centres de santé et des hôpitaux contractants sont considérées comme du personnel qualifié. Par conséquent pour la clarté de l'analyse, nous considérons les accouchements assurés par les sages-femmes des centres de santé ou des hôpitaux comme des accouchements assistés par du personnel qualifié. Le nombre des accouchements dans les centres de santé publics des trois districts sanitaires a nettement augmenté. Cette augmentation ne concerne pas seulement les bénéficiaires du système de bons et du FES, mais aussi celles qui payent pour leur accouchement. Cela laisse à penser que les systèmes de bons et le FES ont amené de nouvelles femmes enceintes à accoucher au centre de santé ou à l'hôpital (Figure 5).

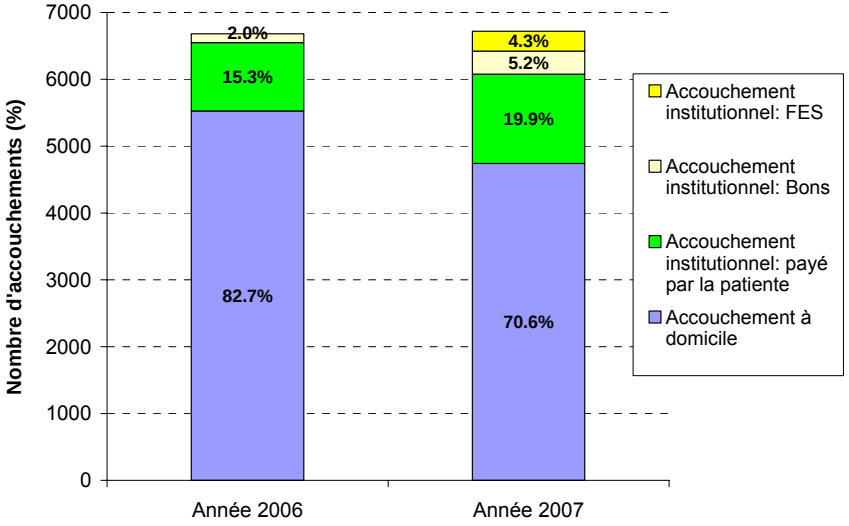
Figure 5. Accouchement institutionnel par type de bénéficiaires dans les trois districts



Selon les informations collectées à travers le système d'information sanitaire de routine, dans les 329 villages ciblés dans les trois districts sanitaires, 6.681 accouchements ont été comptabilisés en 2006 et 6.718 en 2007. Sur les accouchements répertoriés en 2006, 1.154 (17,3%) ont été effectués dans les structures sanitaires publiques et 5.527 (82,7%) à domicile contre respectivement 1.975 (29,5%) et 4.727 (70,6%) en 2007. Les accouchements dans les structures sanitaires publiques ont ainsi presque doublé en 2007 comparé à 2006, alors que le nombre d'accouchements à domicile a proportionnellement diminué (Figure 6).

Parmi les 1.975 accouchements institutionnels en 2007, 1.373 (69,5%) ont eu lieu dans les centres de santé et 602 (30,4%) ont eu lieu à l'hôpital de référence. Le système de bons a pris en charge 295 (21,5%) des 1.373 accouchements dans les centres de santé alors que le FES a pris en charge 346 (57,5%) des 602 accouchements qui ont eu lieu dans les hôpitaux. Au total, les dispositifs de bons et de FES ont pris en charge 641 accouchements (32,5%) sur un total de 1.975 accouchements institutionnels. Au total, les bénéficiaires du système de bons (4,3%) plus celles du système de FES (5,2%) représentent 9,5% des 6.718 accouchements enregistrés dans les trois districts en 2007. A côté des bénéficiaires de bons et du FES, le nombre de femmes ayant accouché dans une structure sanitaire en payant elles-mêmes les frais (accouchements « autofinancés ») a aussi considérablement augmenté, passant de 15,3% en 2006 à 19,9% en 2007 (Figure 6).

Figure 6. Accouchements dans les 3 districts sanitaires : accouchements institutionnels versus accouchements à domicile



En prenant en compte un taux de pauvreté de 37%, le total des bénéficiaires des systèmes de bons et de FES représente 25,8% des accouchements comptabilisés chez les femmes enceintes pauvres des 329 villages ciblés en 2007. Mais le total des accouchements a sans doute été sous-évalué par les volontaires de santé villageois. Si nous nous appuyons sur un taux brut de natalité de 30‰, le total des grossesses dans ce secteur est estimé à 11.887, ce qui représente quasiment le double des accouchements signalés. Dans ce cas, le pourcentage de bénéficiaires des systèmes de bons et de FES ne représenterait que 5.4% du total des accouchements et 14.6% des accouchements des femmes enceintes pauvres. L'impact de ces deux dispositifs sur l'amélioration des accouchements assistés par du personnel qualifié est résumé dans le Tableau 3.

Tableau 2. Impact des systèmes de bons et de FES sur l'augmentation des accouchements assistés

	Données de routine du système de santé	Estimation à partir du taux brut de natalité (30‰)
Total des accouchements en 2007	6 718	11 887
Estimation du nombre de femmes enceintes pauvres (basée sur un taux de pauvreté de 37%)	2 486	4 398
Nombre total de bénéficiaires des systèmes de bons et de FES	641 (9.5% du total des accouchements) (25.8% du total des accouchements chez les femmes enceintes pauvres)	641 (5.4% du total des accouchements) (14.6% du total des accouchements chez les femmes enceintes pauvres)

Discussion

Dans les trois districts sanitaires de Kampong Cham, l'introduction du système de distribution de bons parallèlement au système de FES semble effectivement améliorer l'accès à l'accouchement assisté par du personnel qualifié pour les femmes enceintes pauvres. Le nombre de bénéficiaires de bons et du FES représente une grande partie (32,5%) du nombre total des accouchements assistés par du personnel qualifié et augmente significativement à travers le temps sans diminution du nombre d'accouchements financés par les femmes elles-mêmes. Par ailleurs, les '*focus groups*' ont révélé que toutes les femmes enceintes pauvres qui ont utilisé des bons pour l'accouchement au centre de santé et à l'hôpital l'ont fait pour la première fois alors qu'elles avaient l'habitude d'accoucher à la maison avec une accoucheuse traditionnelle. Par conséquent, on peut en conclure que le système de bons a encouragé de nouvelles femmes à utiliser les services de santé pour accoucher.

Cependant, à ce stade, il reste difficile de mesurer l'impact des systèmes de bons et de FES sur l'amélioration de l'accès des femmes enceintes pauvres à un accouchement assisté par du personnel qualifié et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est trop tôt pour évaluer les effets de l'intervention

dans la mesure où les dispositifs n'ont été complètement déployés que depuis moins d'un an. Deuxièmement, il y a beaucoup d'autres systèmes de financement qui sont en train d'être mis en place dans la région. Troisièmement, nous manquons de données fiables, y compris concernant le nombre total d'accouchements et le nombre total de femmes pauvres dans la région.

L'augmentation du nombre d'accouchements pris en charge par les femmes elles-mêmes peut en partie s'expliquer par l'amélioration globale des performances des services grâce aux deux mécanismes instaurés dans la région: le contrat basé sur la performance et les mesures financières incitatives pour le personnel de santé. Ces mécanismes ont pu jouer un rôle dans l'augmentation des accouchements autofinancés, et plus largement dans l'augmentation des accouchements institutionnels. Cependant, l'impact réel de ces mécanismes nécessite d'être évalué. Dans une enquête menée au Cambodge (UNFPA 2006b), d'autres facteurs ont également été identifiés comme ayant pu influencer l'accouchement institutionnel comme l'amélioration de l'accessibilité routière ou la prise de conscience accrue chez les femmes des enjeux de l'accouchement dans un environnement sûr. Il est important de reconnaître que les Enquêtes Démographiques et de Santé de 2000 et 2005 (Tableau 1) avaient déjà montré une augmentation des accouchements dans les centres de santé dans le pays.

Il y a deux scénarii possibles pour estimer le nombre de femmes enceintes pauvres et leurs accouchements durant la période de l'étude : (1) appliquer le taux de pauvreté de 37% au total des accouchements enregistrés dans le secteur, en sachant que les volontaires de santé villageois n'ont peut-être pas rapporté l'ensemble des accouchements ayant eu lieu dans leurs villages ou (2) appliquer le taux de pauvreté de 37% au total des naissances estimées dans le secteur en considérant un taux de natalité brut de 30‰. On pense que pour le Cambodge l'estimation du taux brut de natalité à 30‰ est surévaluée mais, dans le cadre de cette étude, ce taux peut être réaliste dans la mesure où les pauvres ont souvent un taux de natalité plus élevé que la moyenne.[6] Selon le premier scénario, les systèmes de bons et de FES ont pris en charge 25,8% des femmes enceintes pauvres. Selon le second scénario, cette estimation n'est plus que de 14,6%. Cette couverture

[6] L'Enquête Démographique et de Santé du Cambodge en 2005 a montré que le taux de fertilité du quintile le plus pauvre était de 4,9 contre 2,4 pour le quintile le plus riche.

médiocre laisse à penser que les systèmes de bons et de FES ont un impact limité sur l'amélioration de l'accès à un accouchement assisté.
L'analyse de l'efficacité opérationnelle du système de bons a montré que beaucoup de femmes enceintes pauvres ont été exclues du dispositif au cours des trois étapes de sa mise en œuvre - sélection des centres de santé, distribution des bons et utilisation des bons - à cause de barrières non financières, comme des barrières organisationnelles, des barrières du côté de l'offre, et des barrières intrafamiliales. Cela suppose que l'efficacité du système de bons aurait été bien meilleure si toutes ces barrières avaient été prises en compte efficacement.

Au cours de la première étape, c'est-à-dire la sélection des centres de santé, 12 des 42 centres de santé n'ont pas répondu aux critères de sélection à cause du manque de sages-femmes qualifiées et de la précarité des infrastructures et n'ont, par conséquent, pas été inclus dans le projet. Cela a entraîné de fait l'exclusion du système d'environ 29% des femmes enceintes pauvres. On peut objecter que ces femmes n'auraient pas été exclues si d'autres prestataires avaient été choisis. Un système de bons compétitif devrait permettre aux bénéficiaires de choisir à leur convenance parmi différents prestataires. Cette possibilité de choisir ne satisfait pas seulement les bénéficiaires, mais crée également un environnement compétitif parmi les prestataires pour une meilleure qualité de service afin d'attirer plus de détenteurs de bons (World Bank 2005). A l'heure actuelle, les centres de santé publics ont le monopole du système de bons. La CTB et les autorités locales pourraient décider de contractualiser avec des prestataires de services privés de bon niveau pour la prise en charge de l'accouchement, au moins pour les trois aires sanitaires où il n'y a pas de centres de santé publics avec la qualité suffisante. Cependant la faisabilité de cette approche dépend de la disponibilité de prestataires privés dans le secteur, de leur volonté d'entrer dans une relation contractuelle acceptable et de l'accord des principales parties prenantes.

La seconde étape, la distribution des bons, a été entravée par des difficultés de ciblage. En général, il existe trois méthodes de ciblage : le ciblage individuel, le ciblage par groupe ou catégorie, et l'auto-sélection (Coady *et al.* 2004). Le système de bons peut utiliser une ou plusieurs de ces méthodes (Hanson *et al.* 2006). Le dispositif de bons à Kampong Cham lui s'est servi des trois méthodes. Le ciblage par groupe a été utilisé pour identifier les femmes enceintes pour les services de santé maternelle. En

sélectionnant seulement les « pauvres », il a également utilisé le ciblage individuel. Enfin dans la mesure où le projet fait seulement appel aux centres de santé publics comme prestataires de services, cela induit immédiatement une forme d'auto-sélection. En effet, les femmes enceintes qui ne sont pas pauvres ne choisissent pas a priori d'accoucher dans les centres de santé publics même si cela ne coûte rien. Cette auto-sélection rend inutile la sélection individuelle qui vise à exclure les non pauvres d'avantages auxquels elles ne voudraient de toute façon pas avoir recours même si elles étaient autorisées à le faire. Des aides ciblées aident à améliorer l'utilisation efficiente des ressources pour celles qui en ont le plus besoin mais cela a un coût (Coady *et al.* 2004). Le ciblage individuel à Kampong Cham peut engendrer des coûts inutiles pour identifier les femmes qui ne sont pas pauvres et peut retarder la distribution des bons. Avec un taux de pauvreté estimé à 37% et un taux brut de natalité à 30‰, plus de deux tiers des femmes enceintes pauvres de la zone d'intervention ont été exclues du système de bons. Une cause évidente de cette exclusion était que le personnel des agences de gestion n'a pas réussi à mener régulièrement des enquêtes pour interviewer et identifier les femmes enceintes démunies. Seulement 61% des visites à domicile prévues ont été effectuées. Pour cette raison, on pourrait plutôt suggérer de distribuer systématiquement des bons à toutes les femmes enceintes de la zone indépendamment de leur statut socio-économique afin d'améliorer la couverture de la distribution de bons. Il n'en reste pas moins que cibler les pauvres est un élément crucial pour atteindre les objectifs d'efficacité, d'équité et de réduction de la pauvreté. Les agences de gestion des bons pourraient distribuer les bons via les volontaires de santé villageois sans leur demander de mener des entretiens systématiques mais en opérant une vérification croisée aléatoire pour éviter les fraudes et les erreurs, ou introduire une identification systématique de tous les ménages pauvres éligibles de la zone dans le cadre d'une stratégie de ciblage globale qui ne vaudrait pas seulement pour le système de bons mais aussi pour le FES et les autres dispositifs sociaux.

Au cours de la troisième étape, c'est-à-dire l'utilisation des bons, on a pu constater une sous-utilisation des bons par les bénéficiaires pour les services recommandés au centre de santé. Yanagisawa et ses collègues (2006) ont montré que pour les femmes du milieu rural au Cambodge, le fait d'avoir déjà eu un contact avec un personnel de santé qualifié lors du suivi prénatal favorisait grandement la décision d'accoucher dans une structure sanitaire.

Mais dans le cas du système de bons à Kampong Cham, la majorité des bénéficiaires ont utilisé leurs bons pour les consultations prénatales alors que plus de la moitié ne l'ont pas utilisé pour l'accouchement à cause de plusieurs barrières qui n'ont pas été bien prises en compte. Par exemple, beaucoup d'accouchements surviennent la nuit quand cela est difficile d'organiser le transport vers les centres de santé et quand la présence des sages-femmes au centre de santé n'est pas garantie. Par ailleurs, dans beaucoup de cas, les femmes ont décidé d'accoucher à la maison parce qu'il n'y avait personne pour les accompagner au centre de santé et personne pour prendre soin des enfants chez elle. Certains personnels de santé se sont également mal comportés envers les bénéficiaires de bons et leur ont demandé de payer des frais supplémentaires. Cela peut être en partie expliqué par leurs revenus faibles et leur manque de motivation à réaliser des accouchements dans un centre de santé. Pour résoudre ce problème, il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures plus efficaces pour améliorer la performance des services. Le problème de démotivation du personnel qualifié peut être combattu en liant le système de bons avec le système d'incitation financière mis en place par le gouvernement. Afin de faciliter le transport des femmes durant la nuit, un arrangement local avec les communautés pourrait être imaginé. Le projet pourrait utiliser les volontaires de santé villageois en leur donnant des primes et des ressources pour organiser le transport et l'accompagnement des femmes enceintes au centre de santé. Dernier point, mais non des moindres, une meilleure promotion de l'accouchement assisté au centre de santé pourrait améliorer l'utilisation des bons.

Conclusion

Au final, malgré les limites de cette étude, nous pouvons conclure que le système de distribution de bons et le FES, s'ils sont bien conçus et bien mis en œuvre, ont un fort potentiel pour améliorer l'accès des femmes enceintes pauvres aux accouchements assistés en apportant une réponse aux barrières financières. Cependant, de nombreuses barrières non financières n'ont pas été prises en compte. C'est pourquoi, pour être pleinement efficaces, les systèmes de bons et le FES doivent être mis en œuvre parallèlement à d'autres interventions pour améliorer la qualité des services. Plus de preuves sont nécessaires pour démontrer l'impact des systèmes de bons et de FES et

tirer des leçons qui permettraient un passage à l'échelle dans de bonnes conditions.

Remerciements

Nous remercions le personnel de terrain du Ministère de la Santé et de la Coopération Technique Belge ainsi que les volontaires de santé villageois à Kampong Cham pour leur grande implication dans la mise en œuvre du projet et la collecte des données. Nous sommes très reconnaissants à Anna C. Gorter, Bruno Meessen, Kristof Decoster et César Antonio D.P. Sousa pour leurs commentaires sur les précédentes versions de ce document. Nous remercions également les relecteurs et les correcteurs.

Références

Bhatia MR & Gorter AC (2007) Improving access to reproductive and child health services in developing countries: are competitive voucher schemes an option? *Journal of International Development* **19**(7), 975-81.

Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Kissner C & Mills A (2006) Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* **368**, 1457-65.

Campbell MRO & Graham JW (2006) Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* **368**, 1284-99.

Coady D, Grosh M & Hoddinott J (2004) Targeting of transfers in developing countries: Review of Lessons and Experience. World Bank, Washington.

Donnay F (2000) Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* **70**, 89-97.

Ensor T (2004) Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. *International Journal of Health Planning and Management* **19**, 267-285.

Graham W, Bell JS & Bullough CHW (2001) Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Studies in Health Services Organisation & Policy* **17**, 97-129.

Gwatkin DR, Bhuiya A & Victora CG (2004) Making health system more equitable. *Lancet* **364**, 1273-80.

Hanson K, Worrall E & Wiseman V (2006) Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Health System Resource Guide.

Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Ir P, Kim Van H & Meessen B (2004) Access to health care for all? User fees plus a health equity fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning* **19**, 22-32.

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**, 1311-19.

Houweling AJT, Ronsmans C, Campbell MRO & Kunst EA (2007) Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* **85**, 10.

Liljestrand J (2000) Strategies to reduce maternal mortality worldwide. *Current Opinion in Obstetrics & Gynaecology* **12**(6), 513-17.

Meessen B, Van Damme W, Ir P, Van Leemput L & Hardeman W (2002) The New Deal in Cambodia: The second year. MSF Phnom Penh, Cambodia.

Ministry of Health (2005) *Joint Annual Performance Review 2005*. Phnom Penh, Cambodia.

Ministry of Planning (2006) *Cambodia Socio-Economic Survey 2004*. Phnom Penh, Cambodia.

NIPH & NIS (2006) *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh, Cambodia

NIS & DG (2001) *Cambodia Demographic and Health Survey 2000*. Phnom Penh, Cambodia.

Onwujekwe O, Hanson K & Fox-Rushby J (2004) Inequalities in purchase of mosquito nets and willingness to pay for insecticide-treated nets in Nigeria: challenges for malaria control interventions. *Malaria Journal* **3**, 6-13.

PSP-One (2006) Vouchers for health: A focus on reproductive health and family planning services. Primer for policy makers.

Ronsmans C & Graham WJ (2006) Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* **368**, 1189-200.

Sharma S, Smith S, Sonneveldt E, Pine M & Dayaratna V (2005) Formal and informal fees for maternal health care services in five countries: policies, practices, and perspectives. Futures Group International, POLICY Project. POLICY Working Paper Series No 16.

UNFPA (2006a) Maternal and neonatal health in East and South-East Asia. Bangkok, Thailand.

UNFPA (2006b) Obstacles to deliveries by trained health providers. Power Point presentation. http://cambodia.unfpa.org/publications.htm (accessed 14/06/2008).

United Nations (2000) United Nations Millennium Declaration, Resolution A/RES/55/2. New York.

Van Damme W, Meessen B, von Schreeb J, Heng TL, Thome JM, Overtoom R & Ir P (2001) Sotnikum New Deal, the first year. MSF Phnom Penh, Cambodia.

Van Damme W, Van Leemput L, Ir P, Hardeman W & Meessen B (2004) Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Tropical Medicine and International Health* **9**(2), 273-80.

WHO NHA (2006) http://www.who.int/nha/country/KHM-E.pdf (accessed 14/06/2008).

Wilkinson D, Holloway J & Fallavier P (2001) The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia. Ministry of Health, Cambodia.

World Bank (2005) A guide to competitive vouchers in health. Private sector advisory unit, The World Bank Group: Washington DC.

World Bank (2006) *Halving poverty by 2015? Cambodia poverty assessment 2006*. Phnom Penh, Cambodia.

World Bank (2007) World Development Statistics, updated 2007 http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?PTYPE=CP&CCODE=KHM (accessed 14/06/2008.)

Worrall E, Hill J, Webster J & Mortimer J (2005) Experience of targeting subsidies on insecticide-treated nets: what do we know and what are the knowledge gaps? *Tropical Medicine and International Health* **10**(1), 19-31.

Yanagisawa S, Oum S & Wakai S (2006) Determinants of skilled birth attendance in rural Cambodia. *Tropical Medicine and International Health* **11**(2), 238-51.

Annexe 1. Questionnaire et critères d'éligibilité pour le système de bons ('vouchers')

Q1 - Logement	**Résultat**	**Q6 - Actifs de la ferme**	**Résultat**
A. Toit : Chaume/Feuillage/Tente	0	A. Aucun	0
Tuile/Zinc/Tôle	1	B. Charrue	1
B. Mur : Aucun/Feuillage/Bambou	0	C. Animaux de labour (bœufs, buffles)	2
Bois	1	D. Pompe à eau	3
Ciment	2	F. Tracteur/ machine à cultiver	4
C. Sol: Aucun	0	**Q7- Bétail**	**Résultat**
Bambou	1	A. Aucun	0
Bois	2	B. 1 Cochon adulte/<30 Poulets/Canards	1
Ciment/Carreau	3	C. 2 Cochons adultes/ >30 Poulets/Canards	2
D. Etat: Mauvais	0	D. >2 Chèvres/1Vache/Bœuf/Buffle	3
Bon	1	E. >2 Bœufs/Buffles/Chevaux	4
Très bon	2		
Q2 - Objets électroniques	**Résultat**	**Q8 - Revenu/Personne/Jour**	**Résultat**
A. Aucun, Radio	0	A. <2.000 Riels*	0
B. Télévisieur/magnétoscope (Noir & Blanc))	1	B. 2.000 à 4.000 Riels*	1
C. Téléviseur (Couleur)	2	C. 4.100 à 8.000 Riels*	2
D. Radio ICOM /Téléphone cellulaire	3	D. 8.100 à 16.000 Riels*	3
		E. >16.000 Riels*	4
Q3 - Electricité	**Résultat**	**Q9 - Personnes à charge**	**Résultat**
A. Aucune, kérosène	0	A. >2 Personnes âgées/Handicapées/Orphelins	0
B. Batterie < 50 Ampères	1	B. 1 Personne âgée/Handicapée/Orphelin	1
C. Achat d'électricité	2	C. Aucune	2
D. Propriétaire d'un générateur	3		
Q4 - Moyens de transport	**Résultat**	**Q10 - Durée des épisodes de maladie grave l'année dernière**	**Résultat**
A. Aucun	0	A. >30 jours	0
B. Vélo/ Petit bateau	1	B. 15-30 jours	1
C. Cheval/Attelage de boeufs	2	C. 5-15 jours	2
D. Bateau à moteur/Moto	3	D. <5 jours	3
E-Automobile/Motoculteur	4		

Q5 - Terres cultivables		Résultat	Q11 - Dépenses de santé par foyer l'année dernière	Résultat
Taille	A-Aucune	0	A. >500.000 Riels*	0
	B-< 01 Hectare	1	B. 200.000 à 500.000 Riels*	1
	C- 01-02 Hectares	2	C. <200.000 Riels*	2
	D- >02 à 05 Hectares	3		
	E- > 05 Hectares	4		
Qualité	A-TroisièmeCatégorie	0	**Q12 - Endettement pour les soins de santé**	**Résultat**
	B- Seconde Catégorie	1	A. A l'habitude d'emprunter pour financer des soins de santé	0
	C- Première Catégorie	2	B. N'a jamais emprunté	1
RÉSULTAT FINAL ET CRITERE D'ELIGIBILITE				
A:	Résultat entre 0-10	Très pauvre		
B:	Résultat entre 11-14	Pauvre		
C	Résultat entre 15-18	Presque pauvre		
D	Résultat égal ou supérieur à 19	Pas pauvre, exclu du projet		

* Le Riel est la monnaie locale cambodgienne. Le taux de change se situe autour de 4.000 Riels = 1 $US

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

Narayanan Devadasan[1], Maya Annie Elias[1], Denny John[1],
Shishir Grahacharya[2] & Lalnuntlangi Ralte[3]

Résumé

L'Inde contribue de façon significative au fardeau global de la mortalité maternelle. Plus de 20% des décès liés à la maternité ont lieu en Inde. Afin de s'attaquer à ce fléau, et en particulier afin de promouvoir les accouchements institutionnels, le gouvernement indien a lancé un programme conditionnel de soutien financier en espèces appelé Janani Suraksha Yojana (JSY). Dans le cadre de ce programme, les femmes pauvres qui ont eu trois consultations prénatales et qui accouchent dans une formation sanitaire reçoivent une indemnité en espèces après l'accouchement pour en couvrir les coûts directs et indirects.

Nous avons mené des entretiens avec des personnels de santé et des femmes qui viennent d'accoucher dans quatre états indiens afin de déterminer comment le JSY fonctionne sur le terrain et s'il remplit son objectif initial d'accroître le nombre d'accouchements assistés au centre de santé. Si des éléments existent qui incitent à penser qu'il y a eu une augmentation des accouchements institutionnels, il n'est pas possible de la quantifier précisément ni de l'attribuer au JSY. Ceci est dû au manque de données fiables au niveau des états et des districts. Les personnels de santé aussi bien que les femmes enceintes étaient satisfaits du programme et pensaient qu'il correspondait à un besoin existant. Cependant, il y a eu des

[1] Institut de Santé Publique, Bangalore, India. Email : deva@devadasan.com (la correspondance doit être adressée à cet auteur).
[2] Gestionnaire de programme du district - district de Mayurbhanj, Departement de la Santé, Gouvernement d' Orissa.
[3] Gestionnaire de l'Assurance Santé - RAHA, Chattisgarh.

lacunes importantes dans la mise en œuvre du programme. Nous avons remarqué que des femmes pauvres ne connaissaient pas l'existence de ce programme; que le processus administratif pour obtenir l'indemnité était devenu très lourd et qu'il y avait des délais considérables avant que les femmes n'obtiennent leur argent. Des femmes ont aussi mentionné qu'elles n'avaient perçu que des montants partiels – le reste ayant été empoché par le personnel de santé. Le problème le plus significatif était que le programme a été modifié après son lancement pour permettre à toutes les femmes qui accouchent de bénéficier des indemnités en espèces, quel que soit le lieu de l'accouchement. Ceci peut être perçu comme une promotion des accouchements à domicile, ce qui est une perversion de l'objectif initial du programme.

Mots-clés : Inde, ratio de mortalité maternelle, accouchements institutionnels, transferts d'argent conditionnels, Janani Suraksha Yojana.

Introduction

Le ratio de mortalité maternelle en Inde est élevé comparé à beaucoup d'autres pays asiatiques. La dernière estimation était de 301 décès pour 100.000 naissances vivantes. Cependant cette moyenne cache de larges disparités sur le territoire indien: de 110 au Kerala à 517 dans l'Uttar Pradesh (Ashish Bose 2007). C'est aussi beaucoup plus élevé que dans les pays voisins comme la Chine (56), la Thaïlande (44), la Malaisie (41) et le Sri Lanka (92) (UNFPA 2007). Les décès maternels en Inde s'expliquent par une combinaison de plusieurs facteurs importants allant de la pauvreté jusqu'aux services de santé inefficaces ou trop chers (Ganatra *et al.* 1998). Mavalankar affirme que la cause principale de cette mortalité maternelle élevée est le manque de volonté de la part des politiques, des administrations et des gestionnaires des services de soins (Mavalankar *et al.* 2008). La conséquence est une proportion élevée d'accouchements à domicile assistés par des personnes non qualifiées et des délais pour recourir aux soins, ce qui en retour ne fait qu'augmenter les ratios de mortalité maternelle. En Inde, alors que 77% des femmes enceintes bénéficient au moins d'une consultation prénatale, seules 41% accouchent dans une formation sanitaire (International Institute for Population Science 2007). Là encore c'est une moyenne, qui ne montre pas que seulement 13% du quintile le plus pauvre

accouchent à l'hôpital, même si ces services sont gratuits pour elles. Alors que beaucoup de femmes trouvaient qu'accoucher dans une formation sanitaire n'était pas nécessaire, un quart des interviewées ont dit qu'elles ne pouvaient pas se permettre financièrement d'accoucher en institution (International Institute for Population Science 2007).

Le gouvernement indien a mis en œuvre différents programmes ici et là pour s'attaquer à ces problèmes. Le programme de santé reproductive et infantile - *Reproductive and Child Health* (RCH) - a été lancé en 1997 avec pour objet la vaccination universelle, les soins prénatals et les accouchements assistés par du personnel qualifié. La réduction de la mortalité maternelle était un objectif important du RCH-II qui a été lancé en 2005. Une des activités principales consistait à fournir des soins obstétricaux d'urgence au premier niveau de référence. Des indemnités financières ont également été données au personnel pour l'encourager à assurer la permanence 24h/24 dans les formations sanitaires (Ministry of Health & Family Welfare 2008).

Toujours en 2005, le gouvernement indien a créé la Mission Nationale de Santé Rurale -*National Rural Health Mission* (NRHM) - principalement pour renforcer les services de santé dans les zones rurales. L'objectif est de fournir des soins de santé efficaces aux populations rurales en améliorant l'accès aux services, en favorisant une appropriation communautaire, en renforçant les systèmes publics de santé, en améliorant la responsabilisation des prestataires et en promouvant la décentralisation (Ministry of Health & Family Welfare 2005a). Dans le cadre du NRHM, un mécanisme spécifique, le Janani Suraksha Yojana (JSY), a été introduit en avril 2005 pour promouvoir les accouchements institutionnels. Une indemnité en espèces est remise aux femmes qui accouchent dans un établissement de santé. Ce mécanisme de financement de la demande est censé réduire les barrières financières à l'accès aux soins et ainsi augmenter le nombre d'accouchements institutionnels pour contribuer à la réduction des décès maternels et néonatals. S'il existe des données relatives à l'efficacité de l'indemnisation conditionnelle pour l'Amérique Latine (Attanasio *et al.* 2005) et pour l'Afrique (Kakwani *et al.* 2005; Lagarde *et al.* 2007), il en existe peu sur l'Asie. Ce document vise à combler cette lacune. Il décrit le JSY et ensuite analyse les informations disponibles pour voir si ce mécanisme est capable d'atteindre son objectif initial.

Méthodes

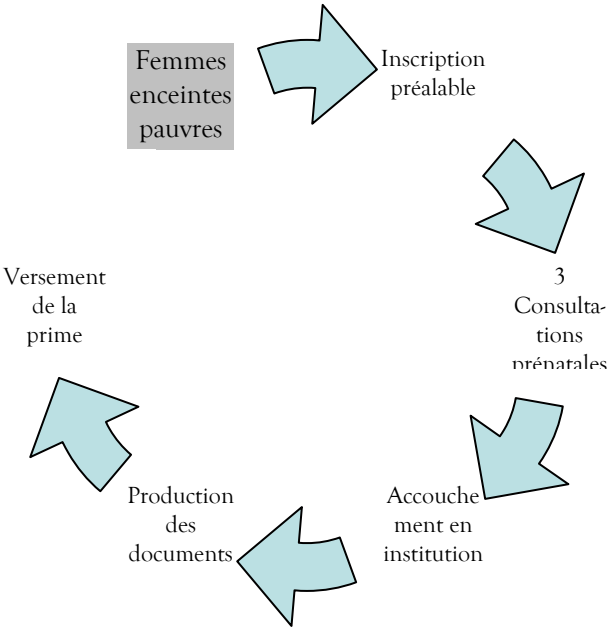
Une étude descriptive a été conduite afin de comprendre comment le JSY a été mis en œuvre et comment il a été perçu par les personnels de santé et les communautés. Les auteurs ont tout d'abord passé en revue la littérature existante sur le programme JSY. Beaucoup d'informations ont été obtenues à partir de sources gouvernementales ainsi que sur Internet. Ces documents ont fourni des informations relatives à la description du mécanisme et des données complémentaires sur la couverture et le taux d'utilisation des services. Les auteurs ont ensuite conduit une étude qualitative en janvier 2008 afin de comprendre le fonctionnement du mécanisme et les perceptions qu'en avaient les différentes parties prenantes. Ces dernières ont été interviewées dans les états suivants : Maharashtra, Chattisgarh, Orissa et Karnataka. Ces états ont été sélectionnés car les auteurs de l'étude y résidaient. Au sein de chaque état, un district a été spécialement identifié. Dix-sept membres de l'équipe sanitaire incluant des médecins-chefs de district (4), des responsables des soins de santé primaires (5) et des infirmier(e)s (8) ont été sélectionnés au hasard dans ces districts et ont été interviewés par des enquêteurs expérimentés. Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-structurés. Les sujets principaux des entretiens visaient à décrire comment le JSY était mis en œuvre dans leur district, à documenter la manière d'assurer le suivi du JSY, à comprendre les problèmes auxquels sont confrontées les parties prenantes du mécanisme, et à écouter leurs suggestions d'amélioration. Les entretiens étaient conduits en langue locale et les données étaient directement transcrites dans le questionnaire par l'enquêteur puis traduites en anglais pour une analyse thématique par le premier auteur.

L'étude a aussi examiné les registres des naissances tenus par les infirmières et identifié les femmes pauvres (en dessous du seuil de pauvreté) qui avaient accouché dans les 6 mois précédents parmi lesquelles 22 ont été choisies au hasard puis interviewées. Les sujets principaux des entretiens étaient la connaissance du mécanisme, le montant de l'indemnité reçue, les retards, les documents requis pour recevoir l'argent, les paiements officieux, les jugements portés sur le mécanisme, et les suggestions d'amélioration.

Description du mécanisme

Le Janani Suraksha Yojana (JSY) ou « mécanisme de sécurité pour les femmes », financé à 100% par le gouvernement central, vise à donner une indemnité en espèces aux femmes enceintes pauvres (Ministry of Health & Family Welfare 2005b). Le JSY fonctionne dans tout le pays. Son objectif principal est d'augmenter le nombre d'accouchements institutionnels et donc de réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale. Les principales étapes pour recevoir l'indemnité en espèces sont décrites dans la Figure 1. La description de ce mécanisme décrit ci-dessous provient pour beaucoup des directives qui ont été édictées par le gouvernement national.

Figure 1. Les étapes pour bénéficier du Janani Suraksha Yojana (JSY)



Critères d'éligibilité

Les femmes enceintes vivant en dessous du seuil de pauvreté[4], qui ont 19 ans ou plus et qui n'ont pas plus de 2 enfants vivants sont éligibles pour ce mécanisme. Une femme, même avec plus de 3 enfants vivants, qui décide de se faire ligaturer les trompes juste après l'accouchement peut également percevoir l'indemnité financière.

Processus

La femme enceinte doit s'inscrire auprès d'une infirmière d'Etat au centre de de santé le plus proche. Suite à cela, elle doit revoir l'infirmière pour 3 consultations prénatales, la dernière devant avoir lieu durant le 3e trimestre. Au moment de l'accouchement, la femme doit donner naissance dans la formation sanitaire la plus proche - que cela soit un centre de santé primaire (CSP) ou un centre de première référence (CPR). Suite à l'accouchement, elle devra produire un certificat prouvant que son ménage se situe 'en dessous du seuil de pauvreté' (catégorie EDSP). L'officier médical vérifie ce document ainsi que le bulletin de sortie de l'établissement de santé et autorise ensuite le versement des fonds. L'argent est remis à l'accouchée par l'infirmière. La femme est censée utiliser ces fonds pour couvrir les coûts indirects liés à l'accouchement ainsi que pour acheter de la nourriture. Le montant d'argent remis dépend du type d'accouchement (Tableau 1). Si la femme est enregistrée et conduite à l'hôpital par un agent de santé du village (ASV), ce dernier reçoit aussi une récompense en liquide.

Tableau 1. Les montants versés selon les directives du Janani Suraksha Yojana

ACCOUCHEMENT INSTITUTIONNEL			
	Accouchement normal dans un établissement public	**Césarienne dans un établissement public**	**Récompense pour l'agent de santé de village**
Zones rurales	700 INR (18 $US)	1.400 INR (36 $US)	600 INR (16 $US)
Zones urbaines	600 INR (16 $US)	1.400 INR (36 $US)	200 INR (5 $US)

[4] Le gouvernement indien a fixé le seuil de pauvreté en fonction de 8 critères. Selon ces critères, ceux qui sont en dessous du seuil consomment moins de 2.400 calories par jour.

Cette forme d'assistance est légèrement moindre dans les états économiquement plus avancés. Les directives du programme indiquent que s'il n'y a pas de services de soins obstétricaux publics dans le voisinage, en particulier un service capable de réaliser les césariennes, l'infirmière peut référer la femme enceinte dans une formation sanitaire privée, 1.500 roupies sont alors payées par l'état au médecin qui prendra en charge la femme.

Gestion administrative du mécanisme

La carte attestant de la situation au regard du seuil de pauvreté (carte EDSP) est utilisée pour identifier les femmes enceintes pauvres. Dans les régions où la carte EDSP n'est pas disponible, un (e) élue (e) peut user de son statut pour émettre une attestation similaire. L'infirmière locale reçoit une avance de 10.000 roupies destinée à payer les indemnités pour les femmes. L'argent est déposé dans une banque sur un compte-joint au nom de l'infirmière et de l'élu local concernés. L'indemnité est versée en un seul acompte rapidement après l'accouchement et sur remise au médecin responsable d'au moins 2 documents - l'attestation de l'accouchement et la carte EDSP. L'avance est renouvelée chaque fois que l'infirmière remet une attestation d'utilisation aux autorités du district.

Suivi du mécanisme

Les comités de mise en œuvre au niveau national, des états et des districts, surveillent de près le mécanisme mis en place. Les rapports mensuels à partir des registres tenus par les infirmières sont remis au district avec des informations sur le nombre de femmes ayant bénéficié du mécanisme, les sommes payées, et le mode de terminaison des accouchements. Sept pour cent du total du fonds est alloué aux états pour couvrir les coûts administratifs. Afin de promouvoir la transparence, les établissements de santé doivent écrire les noms des bénéficiaires ainsi que les montants payés sur un tableau accessible au public. Dans chaque district, une personne en charge des réclamations est nommée afin d'examiner tout problème qui pourrait survenir concernant le système.

Résultats

MISE EN ŒUVRE

Bien que le fonctionnement du mécanisme concerné ait été généralement compris, les quatre états étudiés ont chacun modifié les directives du gouvernement central. Les critères d'éligibilité, les documents à fournir pour prétendre à la prime, le délai pour recevoir l'argent et le montant versé varient d'un état à l'autre. Le Tableau 2 montre le détail de ces différences.

Critères d'éligibilité

Au cours de la deuxième année, même les accouchements à la maison pouvaient faire l'objet du versement d'une indemnité. Les décideurs politiques, dans beaucoup d'états, ont pensé que toutes les femmes enceintes pauvres devaient bénéficier d'indemnités. Ainsi les femmes qui accouchent à la maison pouvaient recevoir 500 roupies (13 $US) d'indemnité.

Dans les états les moins avancés économiquement (Orissa et Chattisgarh) toutes les femmes enceintes étaient ciblées par ce mécanisme, pas uniquement les pauvres. Dans les états du Karnataka et du Maharashtra cependant, le mécanisme est resté centré sur les femmes enceintes pauvres. Les femmes des castes inférieures et celles issues des communautés tribales ont été incluses dans le mécanisme mis en place au Maharashtra, quel que soit leur statut économique.

Montant des indemnités versées

Le montant des indemnités varie légèrement selon les états concernés et selon le type d'accouchement. Alors que certains états ne donnaient que 500 roupies pour un accouchement normal, d'autres donnaient 700 roupies. Le montant des indemnités versées pour une césarienne était identique dans tous les états. Dans la plupart des états, l'argent était versé par les infirmières. Afin d'améliorer la transparence, dans certains états, les infirmières versaient les indemnités en présence d'élus locaux.

Prestataires

Un des objectifs du mécanisme mis en place visait à augmenter l'accès aux soins institutionnels. Dès lors, les femmes étaient encouragées à fréquenter soit un établissement public de santé soit un établissement privé quand aucun établissement public n'était disponible. Malheureusement, dans les

états les moins avancés économiquement (où les établissements publics de santé étaient naturellement plus faibles), le gouvernement a décidé de limiter les bénéfices du système à seulement celles qui accouchaient à domicile ou dans un établissement public de santé.

Tableau 2. Différences dans la mise en œuvre du JSY dans plusieurs états

		États les moins avancés économiquement		États plus avancés	
	Directives du gouvernement central	**Chattisgarh**	**Orissa**	**Karnataka**	**Maharashtra**
Critères d'éligibilité	Toutes les femmes vivant au-dessous du seuil de pauvreté qui accouchent en institution (dans un établissement public ou dans un établissement privé accrédité). 19 ans ou plus Pas plus de 2 naissances vivantes Etendu aux accouchements à domicile après un an de mise en œuvre.	**Toutes les femmes** si elles accouchent à la maison ou dans un **établissement public de santé.** Seules les femmes vivant au-dessous du seuil de pauvreté - si elles accouchent dans des hôpitaux privés accrédités	**Toutes les femmes** si elles accouchent à la maison ou dans un **établissement public de santé**.	Seules les femmes vivant au-dessous du seuil de pauvreté et seulement pour les 2 premiers accouchements	Les femmes vivant au-dessous du seuil de pauvreté ou **appartenant aux castes inférieures et issues des communautés tribales**
Documents à fournir	La carte EDSP En l'absence de cette carte, les états/les territoires de l'Union/les municipalités doivent établir un critère pour certifier le niveau de pauvreté à travers le système des Panchayats[5] ou tout autre mécanisme	**Aucun** si les femmes accouchent dans des établissements publics. Si une femme vivant au-dessous du seuil de pauvreté accouche à domicile ou dans établissement privé, elle doit produire la **carte EDSP**. Elle doit aussi produire le **bulletin de sortie** si l'accouchement a eu lieu dans un établissement privé.	**Carte des consultations prénatales** **Formulaire JSY**	**Certificat de revenus** **Carte des consultations prénatales** **Formulaire JSY** **Photographie des parents et du bébé**	**Carte EDSP** **Preuve de domiciliation** **Détails des consultations prénatales** **Preuve de l'âge** **Bulletin de sortie** **Formulaire JSY** **Dans les 7 jours après l'accouchement**.

[5] Les Panchayats sont des assemblées de représentants locaux (un membre par village). Habituellement 5 villages forment un Panchayat

Indemnité versée	**Zone rurale** Accouchement normal : 700 INR (Roupies indiennes) Césarienne : 1.400 INR. **Zone urbaine** Accouchement normal : 600 INR Césarienne : 1.400 INR	**Accouchement à domicile :** 500 INR **Accouchement normal en structure :** 1.400 INR **Césarienne :** 1.400 INR	**Accouchement à domicile :** 500 INR **Accouchement normal en structure** 1400 INR **Césarienne :** 1.500 INR	**Accouchement à domicile :** 500 INR **Accouchement normal en structure :** 700 INR **Césarienne** 1.500 INR (700 INR pour l'accouchée et 800 INR pour le chirurgien)	**Accouchement à domicile :** 500 INR **Accouchement normal en structure :**700 INR **Césarienne dans un hôpital public** 500 INR pour l'accouchée et 1000 INR pour le chirurgien **Césarienne dans un hôpital privé** 1.500 INR

Source: Interviews dans les quatre états

Documents requis

Dans tous les états, la carte EDSP était le principal document requis donnant accès à l'indemnité, en particulier si la femme accouche à la maison. Dans le cas où la carte EDSP n'avait pas encore été remise à l'intéressée, ou qu'elle n'avait pas été mise à jour, des documents de remplacement ont été spécifiés, variant d'un état à l'autre. Au Karnataka, les nouveaux parents devaient fournir une photographie d'eux-mêmes avec le bébé afin de percevoir l'indemnité. Alors qu'au Maharashtra les documents devaient impérativement être remis dans les 7 jours suivant l'accouchement, dans la plupart des autres états, il n'y avait pas de délai maximum imposé. Au Karnataka, même un an après l'accouchement, les femmes pouvaient réclamer le versement de l'indemnité.

Délai de versement de l'indemnité

Au Maharashtra, les femmes ont dit qu'elles avaient reçu l'indemnité au moment où elles avaient remis les documents. Cependant, des femmes d'autres états ont mentionné d'importants retards dans l'attribution de cette indemnité. Comme mentionné précédemment, au Karnataka, il y a eu des versements effectués jusqu'à un an après la naissance de l'enfant. La raison la plus communément avancée pour ces retards par les infirmières et médecins était que le fonds n'avait pas été reconstitué par le district ou l'état. A l'opposé, les fonctionnaires de l'état ont dit que ces retards étaient imputables aux infirmières qui n'avaient pas remis les attestations d'utilisation des services à temps. Dans tous les établissements pratiquant les

accouchements assistés, il y a eu d'énormes retards accumulés dans les versements liés au mécanisme JSY. Pendant l'enquête, une infirmière a dit que dans sa zone, sur 20 accouchements institutionnels, seuls 8 femmes et agents de santé villageois ont reçu les indemnités auxquelles ils avaient droit dans le cadre du JSY. Les 12 autres n'ont pas encore été payés à cause de l'indisponibilité des fonds correspondants.

Couverture

Plusieurs sources ont été consultées pour estimer la couverture du mécanisme mis en place (Tableau 3).

Tableau 3. Estimations de la proportion des bénéficiaires du Janani Suraksha Yojana (2006 - 2007)

État	**Nombre de personnes vivant en-dessous du seuil de pauvreté (Planning commission 2005)**	**Nombre d'accouche-ments attendus parmi les familles vivant en-dessous du seuil de pauvreté#**	**Nombre d'accouche-ments couverts par le JSY (Ministry of Health & Family Welfare 2008)**	**Couverture en %**	**Budget alloué en roupies (Ministry of Health & Family Welfare 2008)**
Karnataka	13.889.000	305.558	233.147	76,3%	91.600.000
Maharashtra	31.738.000	698.236	59.000	8,4%	106.800.000
Chattisgarh	9.096.000	309.264	64.000	20,7%	40.000.000
Orissa	17.849.000	464.074	227.000	48,9%	85.200.000

Estimations faites en utilisant les taux de fécondité des données SRS (*Sample Registration System*)

Selon les chiffres fournis par la Mission Nationale de Santé Rurale - *National Rural Health Mission* (NRHM), la couverture du JSY serait de 75% au Karnataka, 21% au Chattisgarh, et seulement 8,5% dans le Maharashtra. On doit interpréter ces chiffres avec précaution car ce ne sont que des estimations. De plus, il y a une période de décalage considérable entre les versements effectués et le rapport reçu par l'état et le gouvernement central.

UTILISATION

Les rapports du NRHM indiquent qu'il y a une augmentation constante du nombre des bénéficiaires du mécanisme. Selon ces mises à jours (Ministry of Health & Family Welfare 2007) il y a une '*augmentation significative des accouchements institutionnels grâce au Janani Suraksha Yojana*'. Pour étoffer cette affirmation, les rapports indiquent que dans 50 blocs du Madhya Pradesh, la couverture des accouchements institutionnels est passée de 26% à 56%. Dans l'état d'Orissa, des chiffres provenant de 3 centres de santé communautaires montrent une augmentation des accouchements institutionnels respectivement de 88 à 149, de 59 à 120 et de 97 à 169 durant la même période de référence. Dans l'état d'Haryana, les accouchements institutionnels sont passés de 28% en 2004-05 à 43,6% en 2005-06 (Ministry of Health & Family Welfare 2007).

Tableau 4. Nombre de bénéficiaires du Janani Suraksha Yojana

États	**Nb de bénéficiaires 2005-2006**	**Nb de bénéficiaires 2006-2007**
Les moins performants[6]	26.000	223.000
Les plus performants	300.000	969.000

Source: NRHM rapport du 31/12/07 (Ministry of Health and Family Welfare 2008)

Tableau 5. Les bénéficiaires du Janani Suraksha Yojana au Karnataka

Année 1er Avril - 31 Mars	**Nombre total d'accouche-ments**	**Nombre de bénéficiaires du JSY (% des accouchements)**	**Nombre de bénéficiaires du JSY qui ont accouché en institution (% du total des bénéficiaires du JSY)**	**Proportion des bénéficiaires du JSY qui ont eu une césarienne**
2005-2006	901.260	50.542 (5.6%)	30.142 (59.6%)	NA
2006-2007	909.631	233.147 (25.6%)	133.778 (57.4%)	NA
2007-2008*	454.874	162.192 (35.6%)	107.286 (66.2%)	26.291 (16%)

* Avril à septembre 2007

[6] Les états les moins performants sont les états économiquement faibles comme définis par l'Etat indien.

Dans les deux tableaux ci-dessus, il apparaît qu'il y a une augmentation du nombre des femmes qui bénéficient d'une assistance de JSY. Malheureusement, ceci ne nous indique pas s'il y a eu une augmentation significative des accouchements institutionnels. Les chiffres obtenus pour le Karnataka montrent que la proportion des accouchements institutionnels a connu une certaine augmentation ces dernières années. Il est intéressant de noter le taux relativement élevé de césariennes. Dans les autres états, seul le nombre de bénéficiaires était disponible. Le dénominateur n'était pas connu.

PERCEPTION DU MECANISME PAR LES PRESTATAIRES

Les hauts fonctionnaires et les médecins ont dit que le mécanisme leur paraissait bénéficier aux pauvres et patients dans le besoin qui, sans ce mécanisme, n'auraient pas eu les moyens d'accoucher dans une structure de santé. Ils ont ajouté que le mécanisme a été un outil de promotion des accouchements institutionnels et qu'il pourrait favoriser la réduction de la taille des familles dans la mesure où il ne s'applique que pour les 2 premiers enfants. Citation d'un des médecins, "*les gens prennent conscience de la situation et viennent à l'hôpital pour accoucher. La mortalité maternelle et infantile a diminué depuis le lancement du JSY. C'est un très bon mécanisme à la fois pour la mère et pour l'enfant. Les deux en bénéficient directement et les taux de mortalité sont en baisse. En plus après l'accouchement, les patientes peuvent acheter les médicaments nécessaires, en particulier les mères souffrant d'anémie chronique. Enfin, le fossé qui existait entre les populations rurales et les établissements publics de santé a été comblé et dorénavant les personnes qui allaient voir un charlatan pour être soigné, recourent directement aux services de santé.*"

La plupart des médecins dans les centres de santé ont dit que la charge de travail a beaucoup augmenté depuis l'introduction du mécanisme. Le nombre d'accouchements institutionnels a augmenté mais au même moment, beaucoup d'hôpitaux n'avaient pas les infrastructures et les personnels adéquats pour faire face à cette surcharge de travail, la conséquence étant qu'ils étaient souvent forcés de renvoyer les femmes chez elles le lendemain de l'accouchement. Ils ont aussi insisté sur le fait qu'une formation complémentaire était nécessaire pour les agents de santé villageois ainsi que pour d'autres travailleurs de terrain afin d'améliorer la qualité de leur travail.

Ils ont noté que l'extension du JSY aux femmes qui ont accouché à domicile pourrait en affecter le succès futur. Une infirmière explique : " *si l'accouchement a lieu à la maison, l'indemnité est de 500 roupies et s'il a lieu à l'hôpital, l'indemnité est de 700 roupies. Il y a encore des dépenses à faire pour le transport, la nourriture et autres si l'accouchement a lieu à l'hôpital. Ainsi, les patientes sont réticentes à aller à l'hôpital et préfèrent donc accoucher à la maison.*"

Les médecins ont suggéré que les flux financiers soient plus simples pour éviter les retards de versements. Ils ont mentionné que les agents de santé villageois ont beaucoup de travail et ne sont pas récompensés à temps pour leurs efforts. Ils pensent qu'à cause de cela ils pourraient perdre leur motivation, ce qui affecterait les bons résultats du mécanisme. Ils ont suggéré que ce mécanisme soit ouvert à tous, quels que soient la caste et le statut économique, et que les procédures de réclamation soient renforcées. Ils ont aussi dit que les équipements dans les postes de santé[7] devaient être améliorés. Ils ont fortement insisté sur le fait que les bénéfices devraient être restreints à deux enfants seulement, de peur que cela contrecarre la politique démographique.

PERCEPTION DU MECANISME PAR LES BENEFICIAIRES

Le degré de connaissance du mécanisme de la part de la population était faible dans les états de Chattisgarh et de Karnataka comparé à l'état de Maharashtra et d'Orissa. Les bénéficiaires interrogés dans l'état de Maharashtra ont dit que le mécanisme mis en place était bon dans la mesure où il bénéficie aux pauvres et qu'il devait être poursuivi. Un bénéficiaire dit: "*c'est un bon mécanisme, [on reçoit] un soutien financier pour les dépenses liées à la maternité et l'on n'est pas obligé d'emprunter de l'argent* ". Mais la majorité des mères vivant en dessous du seuil de pauvreté qui avaient accouché dans les 6 derniers mois au Chattisgarh et au Karnataka disaient qu'elles n'avaient pas entendu parler du mécanisme concerné.

La corruption est un autre sujet préoccupant. Selon le rapport de Jan Swasthya Abhiyan, "*il y a des cas de négligence de la part des responsables sanitaires*

[7] Les postes de santé (*sub-centres*) sont les structures de santé officielles les plus basses dans la pyramide du système de santé du gouvernement. Il comprend une infirmière auxiliaire qui fournit des soins préventifs pour 5.000 personnes. L'infirmière auxiliaire fait ses rapports au médecin du centre de santé primaire qui couvre une population de 30.000 personnes.

à Chattisgarh qui ne permettent pas aux bénéficiaires de recevoir pleinement ce à quoi ils ont droit" (People's health movement 2007). Dans l'état du Karnataka, les bénéficiaires interrogés ont mentionné qu'ils n'avaient pas perçu l'intégralité du versement. Tous les bénéficiaires interrogés dans l'état d'Orissa ont dit qu'ils avaient reçu 350 roupies au lieu de 700 roupies. Le reste a été apparemment partagé entre les membres du personnel du centre de santé.

Les femmes enceintes ont suggéré que la couverture mise en place par le mécanisme soit étendue à toutes les femmes et ce, jusqu'à 3 naissances vivantes. Le versement doit être effectué avec ponctualité et la procédure des documents à fournir doit être simplifiée. De plus, la somme totale devrait être augmentée dans la mesure où les femmes dépensent beaucoup plus d'argent en réalité lors de l'accouchement (coûts d'hospitalisation, médicaments, frais de transport etc.). Les femmes ont aussi suggéré que le soutien financier concerne également la prise en charge du nouveau-né. Elles ont aussi considéré que les informations relatives au mécanisme devaient être fournies longtemps avant l'accouchement de telle sorte que les documents requis soient prêts à temps. Si un dossier est rejeté, le refus doit être dûment motivé.

Discussion

Les ratios élevés de mortalité maternelle sont devenus une préoccupation mondiale et plusieurs pays ont développé des stratégies pour y faire face. Parmi ces stratégies, il y a l'accès gratuit aux soins de santé, les systèmes d'assurance et les systèmes de bons (*'vouchers'*). Certains pays ont mis en œuvre avec succès des mécanismes d'assistance financière en espèces pour augmenter la fréquentation par les enfants des services de soins et des écoles (Lagarde *et al.* 2007). Le JSY est une de ces tentatives, menée par le gouvernement indien, pour accroître l'accès aux soins obstétricaux des femmes pauvres.

Nous avons tenté de rassembler une documentation sur le JSY à travers un examen de la littérature à la recherche de données secondaires et quelques séries de données primaires. Alors que les parties prenantes importantes ont répondu à nos interviews, nos efforts pour obtenir des données quantitatives sur le mécanisme n'ont pas été couronnés de beaucoup de succès. Cela est dû principalement au fait que les données

recherchées n'étaient pas disponibles dans les états couverts par l'étude. Notre étude est donc plus descriptive qu'analytique et nos conclusions doivent être interprétées en ayant cela à l'esprit. En outre, nous n'avions que des contrôles historiques et nous avons dû utiliser les données officielles qui se concentraient sur les numérateurs, sans prendre en compte le dénominateur. Enfin, le fait que nous n'ayons aucune donnée relative au secteur privé est une limite importante parce que l'augmentation (apparente) de l'utilisation des services de santé publics pourrait indiquer un glissement du privé vers le public sans augmentation globale du nombre des accouchements institutionnels.

Le programme JSY a été mis en place principalement dans le but d'augmenter le nombre des accouchements institutionnel et ainsi diminuer la mortalité maternelle et néonatale. Alors que le gouvernement central a produit des directives générales, il apparaît que chaque état les a modifiées: les accouchements à domicile ont été inclus, les accouchements dans les structures du secteur privé ont été exclus, et des différences existent dans les montants des versements entre les états. En permettant la couverture des accouchements à domicile, l'objectif initial a été menacé. Comme l'a dit une infirmière, le programme JSY ainsi mis en œuvre incite en fait les accouchements à domicile. Cet aspect doit être pris en compte très rapidement, sinon le JSY deviendra un programme favorisant tous les accouchements et pas nécessairement les accouchements institutionnels.

Les raisons de cette déviance ne sont pas claires: est-ce la conséquence d'une mauvaise compréhension et d'une mauvaise communication de cette politique, ou la conséquence de modifications faites indépendamment pour satisfaire le contexte local? Ceci nécessite une investigation plus fouillée.

Dans trois des quatre états, il y a des preuves concrètes que les femmes vivant en dessous du seuil de pauvreté n'étaient pas au courant de l'existence du mécanisme et des avantages qu'il procurait. Les femmes qui en ont bénéficié n'ont pas reçu les versements prévus immédiatement après l'accouchement. À l'exception du Maharastra, dans les autres états, les versements ont été considérablement retardés. Cela remet en cause l'objet même du mécanisme qui est de fournir un soutien financier au moment de l'accouchement pour faire face aux coûts indirects qui ont été générés. Les états doivent s'assurer que les versements sont bien effectués au moment de l'accouchement ou même avant, pour améliorer l'efficacité du mécanisme. De plus, les incitations financières données aux personnels de santé

devraient leur être remises à temps pour ne pas baisser leur motivation. Ceci est manifestement un problème de mauvaise gestion financière dans la mesure où les fonctionnaires au niveau central et au niveau des états assurent que les fonds dédiés à ce mécanisme sont disponibles. Il est nécessaire de rationaliser les flux financiers de telle sorte que les fonds soient toujours disponibles au niveau local.

En outre, une autre question concernant l'utilisation correcte du mécanisme est celle des documents à fournir pour percevoir l'argent. Alors que les directives originelles ne mentionnent qu'un certificat EDSP et un bulletin de sortie, certains des états concernés ont augmenté le nombre de documents à fournir. Ceci représente un fardeau de plus pour les familles. De plus, ces documents doivent être produits après l'accouchement ce qui conduit à se poser la question suivante *- est ce que la mère va s'occuper de son nouveau-né ou est ce qu'elle va courir partout pour récupérer les documents?* L'obligation, au Karnataka, de présenter une photographie du nouveau-né l'expose à la poussière et aux infections du marché augmentant de ce fait la probabilité de contamination et donc de mortalité.

Et enfin, bien sûr, il y a le rôle omniprésent de la corruption. Alors que seulement quelques femmes s'en sont plaintes, la plupart ont accepté de ne pas recevoir l'entièreté de la somme promise. Elles semblent s'être résignées à cette situation où « quelque chose vaut mieux que rien du tout ».

Des témoignages laissent penser que la qualité des soins dans les établissements a souffert à cause du nombre croissant des accouchements. Les personnels ont du mal à répondre à cette augmentation de la demande en termes de disponibilité et des services à offrir. On espérait que certains des accouchements auraient lieu dans le secteur privé, et ainsi réduiraient le fardeau pesant sur les services de santé existants. Mais la plupart des états n'ont pas été très proactifs pour impliquer le secteur privé, et, de fait, les établissements publics de santé ont continué à supporter la charge de travail. De plus, le nombre des césariennes semble élevé au Karnataka (16%). Ceci doit être analysé très attentivement afin d'en comprendre la raison.

Le suivi du mécanisme est actuellement assuré par le responsable du programme du district (District Programme Manager - NRHM) et par le responsable de la santé de la reproduction et de l'enfant (RCH) au niveau du district. Ce suivi a besoin d'être renforcé sur le terrain afin de s'assurer que le mécanisme est efficacement mis en œuvre. Actuellement, les variables surveillées sont "le nombre de bénéficiaires" et le "montant des versements."

Comme il a été dit précédemment, ceci ne permet pas au décideur politique de comprendre si le JSY a atteint ses objectifs initiaux qui étaient d'augmenter les accouchements institutionnels et de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Le problème posé par le suivi du mécanisme d'incitation est qu'il encourage la surexploitation des données d'utilisation du mécanisme. Une agence indépendante pourrait contrôler le déroulement du mécanisme pour fournir dans des délais appropriés des rapports circonstanciés sur son exécution. Il n'y a pas d'évaluation formelle en cours. Une évaluation indépendante était recommandée par le gouvernement, mais elle n'a pas encore été lancée. Il y a un besoin d'ajouter des données du secteur privé pour avoir une vision plus claire de ce qu'il se passe.

Conclusion

Le programme JSY est une tentative de promouvoir les accouchements assistés. Sa force réside dans le fait que le gouvernement a alloué de l'argent dans son budget pour les plus pauvres. Certains éléments nous permettent de penser que les accouchements assistés ont augmenté grâce à ce programme. Cependant, il est clair qu'il y a quelques faiblesses dans le mécanisme. Des femmes n'ont pas connaissance de ce programme dans certains états. Les changements dans la liste des bénéficiaires font maintenant la promotion des accouchements à domicile, ce qui est en contradiction avec l'objectif initial d'encourager les accouchements institutionnels pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Les procédures pour prétendre toucher la prime sont devenues très lourdes et peuvent même avoir pour effet d'empêcher les personnes pauvres de bénéficier du soutien financier prévu. Si le processus de mise en œuvre était renforcé, la qualité améliorée et le programme bien contrôlé, alors les femmes pauvres pourraient effectivement bénéficier du système, et sur le long terme, cela pourrait réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Références

Ashish Bose (2007) Speeding up reduction in maternal mortality: chasing a mirage? *Economic and Political Weekly*, 206-8.

Attanasio O, Battistin E, Fitzsimons E, Mesnard A & Vera-Hernandez M (2005) *How effective are conditional cash transfers? Evidence from Columbia*. Institute for Fiscal studies, London, pp 1-10.

Ganatra BR, Coyaji KJ & Rao VN (1998) Too far, too little, too late: a community based case control study of maternal mortality in rural west Maharashtra. *Bulletin of the World Health Organization* **76**, 591-8.

International Institute for Population Science (2007) *National Family Health Health Survey 3*, Government of India, New Delhi, pp 1-524.

Kakwani N, Soares FV & Son HH (2005) *Conditional cash transfers in African countries* UNDP, Brazilia, pp 1-92.

Lagarde M, Haines A & Palmer N (2007) Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low and middle income countries. *JAMA* **298**, 1900-10.

Mavalankar DV, Vora K & Prakasamma M (2008) Achieving millennium development goal 5: is India serious? *Bulletin of the World Health Organization* **86,** 243-4.

Ministry of Health & Family Welfare. Reproductive and child health programme. http://mohfw.nic.in/dofw%20website/aided%20projects/rchp%20frame.htm (accessed 08/03/2008).

Ministry of Health & Family Welfare (2005a) *National rural health mission: Mission document* Government of India, New Delhi, pp 1-17.

Ministry of Health & Family Welfare (2005b) *Janani Suraksha Yojana: guidelines for implementation* Government of India, New Delhi, pp 1-29.

Ministry of Health & Family Welfare (2007) *National rural health mission: the progress so far* http://mohfw.nic.in/NRHM/NRHM%20%96%20THE%20PROGRESS%20SO%20FAR.htm (accessed 08/03/2008).

Ministry of Health & Family Welfare (2008) NRHM statewise report. Government of India. http://mohfw.nic.in/NRHM/MIS/MIS%20for%20NRHM%20as%20on%2031st%20December%202007.xls. (accessed 08/03/2008).

People's health movement I (2007) *Status of Health and Healthcare in Chattisgarh*.http://phm-india.org/campaigns/prhw/Reports/PDF/Status_Report_Chhattisgarh.pdf (accessed 08/03/2008).

Planning commission. Number and percentage of population below the poverty line. http://www.tn.gov.in/dear/tab06/a127.pdf.2005 (accessed 08/03/2008).

UNFPA (2007) *State of world population - 2007* UNFPA, New York, pp 1-108.

Chapitre 7 : Conclusion

Les leçons apprises pour mieux intervenir dans le futur: comment réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources

Sophie Witter[1], Fabienne Richard[2] & Vincent De Brouwere[2,3]

Introduction: typologie des interventions

Dans tous les contextes décrits dans ce livre, le problème reste le même – peu de femmes ont accès aux services d'accouchement qualifiés pour diverses raisons et en particulier l'impossibilité de s'acquitter des coûts des soins. Les taux d'assistance qualifiée, sur base nationale, vont d'un tiers pour les pays où la plus grande partie de la population vit dans la pauvreté absolue à deux tiers dans les pays ayant des niveaux moindres de pauvreté (Tableau 1). Tous, à l'exception de la Bolivie, ont des taux de césariennes bien en deçà des normes recommandées de 5% à 15% des accouchements (et en Bolivie, les taux plus faibles des zones rurales sont contrebalancés par des taux très élevés dans les zones urbaines).

Les barrières financières proviennent de plusieurs facteurs, dont le niveau bas des revenus des ménages, la faible priorité donnée à la santé maternelle au sein des ménages, le coût élevé et non prévisible des soins de santé, et l'absence de mécanismes de partage des risques au sein des systèmes de financement de santé (de telle sorte que la majorité des coûts sont à la charge directe des ménages). Les barrières financières et non financières ont pour résultat une faible demande pour les soins obstétricaux ainsi qu'un accès tout aussi faible à ces types de soins. Bien que ces barrières soient toutes liées entre elles, certaines font plus particulièrement l'objet d'interventions de la part du système de santé et d'autres des ménages et des

[1] Immpact, Health Sciences Building, Foresterhill, University of Aberdeen, AB25 5DZ, Scotland. Email: sophiewitter@blueyonder.co.uk (la correspondence doit être adressée à cet auteur).
[2] Unité Qualité et Ressources Humaines, Département de Santé Publique, Anvers, Belgique
[3] UMR 912 (INSERM-IRD-U2) "Sciences Economiques et Sociales, systèmes de santé, sociétés", Marseille, France.et Institut National d'Administration Sanitaire, Maroc.

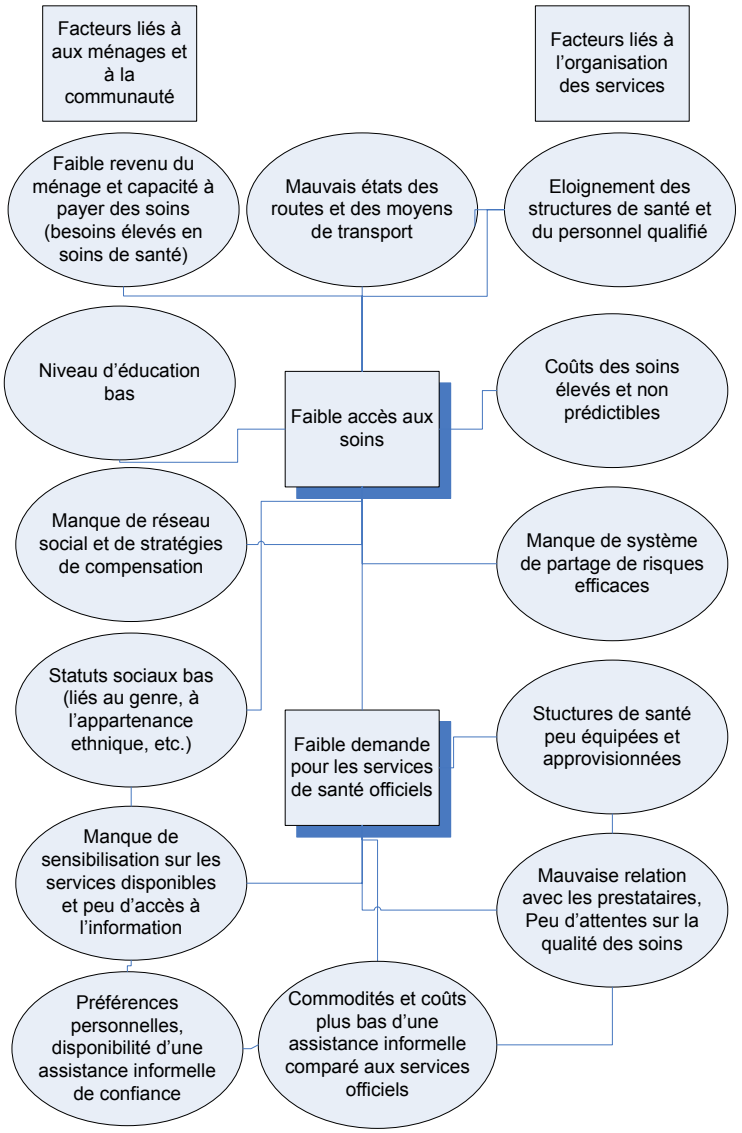
communautés (Figure 1).

Tableau 1. Caractéristiques sélectionnées des huit pays 'études de cas'

Pays	Revenu national brut par habitant en $ US (2007)	Couverture nationale d'assistance qualifiée à l'accouchement (EDS)	Taux césariennes (DHS)			% à la charge des ménages sur le total des dépenses de santé (2007))	% de la population en dessous de 1,25 $US par jour
			Total	Zone urbaine	Zone rurale		
Bolivie	1.260	67% (2003)	15,8	23,0	6,1	32%	19,6% (2005)
Burkina Faso	430	38% (2003)	0,7	2,6	0,4	44%	56,5% (2003)
Cambodge	540	44% (2005)	2,2	6,7	1,4	63%	40,2% (2004)
Ghana	590	47% (2003)	4,2	8,9	1,8	45%	30,0% (2005)
Guinée	400	38% (2005)	1,8	5,2	0,8	88%	70,1% (2003)
Inde	950	47% (2005-2006)	9,0	17,3	6,2	78%	Ruraux 43,8% (2004) Urbains 36,2% (2004)
Mauritanie	840	57% (2000-2001)	3,3	5,6	1,5	31%	21,2% (2000)
Sénégal	820	52% (2005)	3,5	7,1	1,4	56%	33,5% (2005)

Sources: World Bank (key development data & statistics), Countdown 2015 (Country profiles), DHS Stat Compiler

Figure 1. Barrières limitant l'accès des ménages aux soins obstétricaux



Source : Witter 2008a

Les interventions décrites dans ce livre visent à réduire les barrières à l'accès aux soins en évitant aux familles certains coûts économiques et sociaux liés à l'utilisation des soins obstétricaux (présentés dans le chapitre *Contexte* (Borghi *et al.* 2008)). Les structures de coûts varient selon le contexte avec des coûts pour les services prédominant dans certains contextes et d'autres coûts, comme par exemple les coûts de transport, prédominant dans d'autres. Les coûts des soins obstétricaux prennent des formes différentes et ne se focalisent pas uniquement sur la période intra-partum (travail et accouchement), mais peuvent aussi couvrir la période du post-partum, en particulier en cas d'urgence obstétricale ou de near-miss (Storeng *et al.* 2007).

La plupart des approches décrites dans le livre se concentrent sur le coût des soins et sur le partage des risques financiers. Elles ont pour la plupart adopté une ou plusieurs des stratégies directes de réduction des barrières financières à l'accès aux soins décrites dans le Tableau 2.

Tableau 2. Stratégies directes pour réduire les barrières financières - vue d'ensemble

Stratégie	Financement	Ciblage	Quels coûts?	Gestionnaire	Systèmes de paiement
Côté offre (barrières financières surmontées par le système de santé)					
Gratuité ou réduction des coûts (Ghana, Sénégal, Burkina)	Financement public ou donateurs	Basé au niveau des structures de santé; possibilité d'un ciblage géographique et auto-sélection	Tarification officielle pour les services et les biens	Formations sanitaires publiques, privées à but lucratif, privées sans but lucratif	Subventions pour les intrants ou paiement rétrospectif par cas aux structures
Exonérations (Fonds d'Equité du Cambodge)		Individus ou ménages			Paiement par cas ou par personne aux structures
Réduction des paiements informels (Mauritanie)	Participation financière des usagers avec une composante possible de subvention	Tous les services pour les établissements spécialisés ou selon le type d'établissement			Budget interne de l'établissement: substitution des paiements informels par des paiements officiels

Côté demande (barrières financières surmontées par les ménages)					
Assistance conditionnelle en espèces *('conditional cash transfer')* (Inde)	Financement public ou donateurs	Individus ou ménages	Toute composante de coût, tarification des soins, transport, nourriture, coûts d'opportunité	Habituellement organisation tiers à base communautaire, ou rattachée à l'établissement, ou indépendant (mais généralement sans but lucratif)	Paiement au patient, soumis à la présence effective dans l'établissement
Bons *('voucher')* (Cambodge)	Financement public ou donateurs avec co-paiements possibles	Habituellement individus ou ménages. Base géographique possible	Tarification officielle pour les services et les biens		Paiement par cas aux établissements en échange des bons récupérés
Prêts	Financement public ou donateurs Contributions communautaire	Individus sur base des besoins (quelquefois aussi sur la solvabilité)	Peut être limité à certains coûts, à certaines situations, ou général		Prêts avec ou sans plafond et intérêts
Prépaiement/ assurance de santé communautaire (Guinée, Mauritanie) /assurance sociale de santé (Bolivie)	Financement public ou donateurs, avec possibilité de co-financements	Habituellement individus ou ménages. Peut être sur base géographique	Tarification officielle pour les services et les biens		Paiement d'une prime par client ciblé recruté.

Source: adapté de (Witter 2008b)

En plus des approches directes pour réduire les barrières financières, il y a toute une gamme d'actions, qui, tout en n'étant pas habituellement catégorisées ainsi, permettent en réalité d'abaisser les coûts réels d'accès aux services pour les patients. Ceci recouvre par exemple:

- Les changements dans la collecte et la répartition des ressources de telle manière que les régions les plus pauvres en tirent des bénéfices et soient capables de répercuter ces bénéfices par une réduction de la tarification des soins ou une amélioration de la qualité des services.
- Toute politique qui augmente les revenus des clients, en particulier des pauvres, aura pour conséquence de réduire le coût réel de l'accès aux soins (par exemple les micro-crédits).

- Une plus grande proximité des services pour les patients, ce qui a pour effet de diminuer les coûts de transports et d'opportunité (par exemple, l'augmentation du nombre de structures qui fournissent des SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets) et/ou la fourniture de services d'ambulances subventionnés).
- L'amélioration de la qualité des soins et l'approvisionnement adéquat des structures en médicaments et consommables réduit aussi les coûts réels pour les patients en leur évitant de se retourner vers d'autres prestataires de soins (par exemple le secteur privé) et d'aller acheter en dehors de la structure des médicaments et consommables supplémentaires qui seraient en rupture de stock.

Les leçons tirées des études de cas

Un résumé des politiques décrites dans le livre et leurs impacts est repris dans l'annexe 1.

Le Sénégal et le Ghana sont des exemples de politiques nationales d'exemption des coûts qui ont eu des résultats positifs avec des coûts relativement bas par cas visé, mais avec des difficultés significatives de mise en œuvre. Elles comprennent un sous-financement de la politique au Ghana et l'impossibilité de rembourser de façon adéquate les établissements du 1er échelon au Sénégal. Ces difficultés ont réduit de façon réelle les bénéfices attendus par les ménages (Witter *et al.* 2008c). Les politiques mises en œuvre étaient étendues mais superficielles: la couverture était universelle, avec un passage rapide à l'échelle commençant dans les régions pauvres, mais avec des réductions de coûts théoriques limitées aux frais d'utilisation des services, alors que la majeure partie des dépenses des ménages se situe au niveau des coûts des médicaments et des transports. Les mutuelles pourraient jouer un rôle de complément en couvrant les coûts non pris en charge par les politiques nationales d'exemption, cependant la couverture assurée par les mutuelles reste basse et l'accès aux services n'est pas garanti si les ménages ne peuvent s'acquitter du paiement de la prime (Soors *et al.* 2008). En Guinée, une mutuelle a été mise en place spécialement pour protéger les femmes enceintes et leurs familles des dépenses excessives (Ndiaye *et al.* 2008). Ce système, appelé MURIGA (Mutuelles de Santé pour la Prise en Charge des Risques liés à la Grossesse et à l'Accouchement) prend progressivement de l'importance en termes de couverture des districts mais la

proportion d'adhérents reste faible, comme pour les mutuelles conventionnelles.

En Mauritanie, la solidarité des ménages s'exprime dans un système de frais prépayés sans intérêt. Ce prépaiement est offert aux femmes enceintes lors de la première consultation prénatale et il couvre tous les coûts jusqu'à la fin de la grossesse. L'état paye les salaires des personnels de santé du secteur obstétrical et le prépaiement recouvre les consommables et les frais des soins et services. C'est un système géré au niveau des districts sanitaires (Renaudin *et al.* 2008). L'initiative du Secteur 30 au Burkina couvre tous les soins de la mère et du nouveau-né (transport, accouchement et soins post-partum) mais se limite aux soins obstétricaux d'urgence et/ou relatifs au pronostic vital. Ce système de partage des coûts n'implique pas seulement les districts, les ménages et les centres de santé, mais aussi les autorités locales. Il est géré à partir du district et ne peut être mis en place sans la volonté le l'équipe du district et des autorités locales (Ouédraogo *et al.* 2008).

D'autres approches ciblent les femmes enceintes les plus pauvres. Au Cambodge, un système de bons et un Fonds d'Equité pour la Santé ont été mis en place dans le but particulier de protéger les plus pauvres. Le nombre de bénéficiaires des bons et du Fonds représente une part importante (32,5%) de la totalité des accouchements assistés enregistrés et n'ont cessé d'augmenter avec le temps. Mais l'étude remet en question l'efficacité opérationnelle du ciblage (Por *et al.* 2008). En Inde, le gouvernement a introduit un programme de primes conditionnelles en espèces appelé le Janani Suruksha Yojana (JSY) en 2005 pour promouvoir les accouchements institutionnels. Dans ce programme, les femmes pauvres qui avaient eu leurs trois consultations prénatales et qui avaient accouché dans une formation sanitaire pouvaient recevoir de l'argent juste après l'accouchement pour couvrir les coûts directs et indirects liés à l'accouchement (Devadasan *et al.* 2008). Une évaluation du processus montre la difficulté d'assurer un système de transferts d'argent entre les différents niveaux qui soit efficace et transparent dans le cadre d'un programme de telle ampleur.

Dans le cas de la Bolivie, divers services de soins gratuits ont été développés les 10 dernières années, favorisant l'accès à des groupes prioritaires telles que les mères et les enfants. Bien que ces schémas soient dénommés assurances sociales de santé, ils ne sont pas financés par des adhésions individuelles mais par les ressources fiscales nationales et locales et, de ce point de vue, ressemblent aux politiques nationales d'exemption de

coûts. On constate une augmentation significative et soutenue de l'accès aux soins, mais la couverture globale des services reste faible et les indicateurs montrent que les zones rurales sont encore loin derrière en termes d'utilisation par rapport aux zones urbaines (Pooley *et al.* 2008).

Un certain nombre de leçons ont pu être tirées de ces études de cas. L'une d'entre elles est l'importance de mettre en place un cadre clair de suivi et d'évaluation pour de nouvelles politiques. Etant donné la précarité du financement de beaucoup de ces politiques, il faut des preuves de résultats solides pour justifier des investissements externes additionnels. Il est aussi important d'analyser les bénéfices pour les bénéficiaires – comme, par exemple, le montant des subventions qui vont aux ménages les plus pauvres. Peu de systèmes le font actuellement (seulement le Ghana parmi les différentes études de cas présentées dans le livre).

Le besoin de directives et de plans d'action clairs est ressorti pour quelques-unes de ces initiatives. Des différences ont été observées lors de la mise en place qui peuvent mener à une distorsion complète des objectifs de départ (par exemple, en Inde, lorsque certaines zones ont décidé de rembourser les accouchements à domicile). Le même phénomène de distorsion de la politique initiale a été observé pour des politiques similaires dans d'autres pays (Powell-Jackson *et al.* 2007).

Les sources de financement varient beaucoup entre politiques. Certaines s'appuient totalement sur des financements gouvernementaux (Ghana, Sénégal, Inde); certaines sont entièrement financées par des bailleurs (Cambodge); certaines sont principalement financées par les usagers (Mauritanie); et certaines s'appuient sur des ressources mixtes (trois niveaux de gouvernance en Bolivie; différents groupes au Burkina : usagers, autorités locales et gouvernement national. Certains programmes ont été largement soutenus par les bailleurs pour les coûts de démarrage et de mise en place de la politique, c'est le cas de la Mauritanie et la Guinée. L'échelle de mise en œuvre des politiques est le plus souvent corrélée avec le mode de financement: celles qui sont financées par le gouvernement seront très probablement mises en œuvre à l'échelle nationale. La plupart de ces politiques subissent également des retards dans leurs financements.

La faible demande pour certains avantages offerts par ces politiques - même lorsqu'ils sont substantiels et ne supposent pas un cofinancement de la part des ménages - nécessite une analyse plus approfondie. Dans le système cambodgien des bons donnant droit à une prise en charge gratuite, moins de

la moitié des femmes ayant-droits ont utilisé leurs bons pour des soins liés aux accouchements. En Guinée, une étude montrait un taux d'adhésion de seulement 10% au système de mutuelle pour la grossesse, malgré des subventions externes élevées et d'importantes économies potentielles pour les ménages. Cela signifie qu'il existe des obstacles non financiers, tels que la qualité des soins ou les obstacles géographiques et culturels.

Un thème qui a été commun à la plupart des cas étudiés est le mécontentement des personnels de santé qui font face à des charges de travail qui augmentent en l'absence de revenus supplémentaires (à l'exception de la Mauritanie) - bien que certains paiements informels (comme en Inde) puissent combler ces manques. Afin d'assurer la viabilité de ces politiques et de minimiser leurs effets négatifs, des mesures d'accompagnement doivent être prises auprès des personnels de santé. Cela signifie probablement un mélange de mesures, incluant des consultations du personnel sur les changements opérés, des améliorations des conditions salariales et de travail, des assurances quant à la présence de personnels adéquats et un contrôle des heures prestées.

Tous les schémas mentionnent une augmentation de la "consommation" des services, bien que peu puissent démontrer de façon absolue l'ampleur de cette augmentation (voir Tableau 3). Les coûts des interventions sont rarement documentés, mais là où l'information est disponible, les estimations sont assez proches (par exemple, 18 $US à 21 $US par accouchement normal et de 154 $US à 165 $US par césarienne). Ces coûts masquent cependant les différences dans les paquets de soins offerts.

Tableau 3. Résumé des coûts et impacts d'utilisation

Mécanisme de financement pour les soins obstétricaux	**Coûts de l'intervention**	**Impact sur l'utilisation**
L'Assurance Sociale de Santé en Bolivie	Non mentionnés	+ 17% d'augmentation pour les accouchements assistés au niveau nationale de 1994 à 2003, en partie grâce au SUMI. + 5% pour les césariennes sur la même période (sans changement pour les zones rurales).
Le partage des coûts au Burkina	165 $US par césarienne	+20,3% d'augmentation pour les accouchements assistés entre 2003 et 2007 (District 30, Ouagadougou) +1,2% d'augmentation absolue

		pour les césariennes
Les bons au Cambodge	5 $US par titulaire de bons 18 $US par accouchement assisté	+12,3% d'augmentation des accouchements dans les établissements de santé publics (2006-2007)- (augmentation des accouchements avec bons ainsi que des accouchements payés par les patientes elles-mêmes)
Les exemptions de coûts au Ghana	22 $US par accouchement (tous types) 0,16 $US par habitant (au niveau national) 62 $US par accouchement additionnel (tous types)	+12% d'augmentation des accouchements assistés pour la région Centrale (2003-2005) + 5% pour la région de la Volta (2004-2005)
Les primes financières en Inde	Non mentionnés	+15 à +27% d'augmentation (selon les zones) des accouchements assistés (2004-2006)
Le forfait obstétrical en Mauritanie	Coûts de mise en place du système entre 1,3 et 4 $US par femme en âge de procréer Cotisation de 22 $US par grossesse	+33,8% d'augmentation des accouchements assistés (2000-2007)
Le système MURIGA en Guinée	Non mentionnés	Peu d'impact sur les accouchements assistés : +5% d'augmentation de 2000 à 2006 +1,1% d'augmentation pour les césariennes (peu différent des régions non couvertes par le système MURIGA)
L'exemption des coûts au Sénégal	2,2 $US par accouchement normal 154 $US par césarienne 0,10 $US per capita nationalement 21 $US par accouchement normal additionnel 467 $US par césarienne additionnelle	Basé sur un échantillon d'établissements dans 5 régions de mise en œuvre (2004-6): +4% d'augmentation des accouchements assistés +1,4% d'augmentation du taux des césariennes

La plupart des politiques décrites ici étaient récentes et ainsi l'impact sur des coûts plus "fixes", comme le personnel, les équipements et la maintenance, n'était pas significatif mais avec le temps, et le niveau des activités augmentant, les gouvernements doivent allouer des ressources

budgétaires croissantes à ces postes de dépenses.

Un compromis clair entre la profondeur et l'étendue a été trouvé, avec des plans ciblés, par exemple au Cambodge et en Inde, capables d'inclure un plus grand nombre de coûts, tels que les coûts d'accès. Cependant, les avantages présumés en termes d'équité d'un ciblage individuel par rapport à un ciblage géographique ont été mis en doute par l'étude sur le Cambodge, qui a souligné le problème de maintenir des systèmes d'identification des pauvres dans les villages.

Certaines initiatives ont eu des durées de vie très courtes, étant très vite remplacées, entièrement ou partiellement, par de nouvelles politiques (exemple au Ghana, avec le changement du système des exemptions vers un système national d'assurance, ou au Burkina Faso, avec le passage d'un système de partage des coûts localisé à une politique nationale de subvention). Ces changements de politiques peuvent être positifs s'ils permettent des passages à l'échelle et s'ils reposent sur des leçons tirées d'expériences antérieures.

La seule étude de cas se référant à une histoire plus longue (de plus de 10 ans) est celle de la Bolivie. Elle démontre la possibilité d'améliorer les indicateurs nationaux grâce à un engagement national soutenu dans le temps, mais aussi le défi de bien contrôler les coûts, et les limites des politiques qui ne se donnent pour cibles que les barrières financières, sans prendre en compte le système de santé dans sa globalité ainsi que les obstacles géographiques et culturels.

Les études de cas mettent en valeur une série de leçons pratiques relatives à la mise en place des politiques visant à réduire les barrières financières aux soins obstétricaux. Elles sont résumées dans l'encadré 1.

Encadré 1. Lecons tirées de la mise en place des politiques visant à réduire les barrières financières aux soins obstétricaux

1. Conception de la politique

- La politique devrait se baser sur une analyse approfondie de la situation existante des principaux obstacles à l'augmentation des accouchements assistés (les barrières financières peuvent ne pas être les facteurs les plus significatifs dans certains contextes). Les politiques attaquant directement les barrières financières sont les plus appropriées lorsque les éléments suivants existent:
    - Mortalité maternelle élevée (et/ou inégalités élevées des ratios de mortalité maternelle par endroit et groupe socio-économique)
    - Taux relativement bas d'assistance qualifié pour les accouchements (et/ou inégalités élevées des taux d'assistance qualifié pour les accouchements par endroit et groupe socio-économique)
    - Taux faibles de césariennes (en dessous de 5% du total des accouchements) et/ou inégalités élevées des taux de césariennes par endroit et groupe socio-économique
    - Structures de santé accessibles physiquement par les populations
    - Structures de santé ayant du personnel aux qualifications minimales requises
    - Qualité acceptable des soins, avec des équipements en état de marche et approvisionnement adéquat en médicaments
    - Proportion élevée des frais médicaux payés par les ménages pour l'accouchement par rapport à leurs revenus
- L'ensemble de services couverts doit correspondre aux objectifs de la politique souhaitée (exemple : inclure les interventions qui sauvent la vie et qui appauvrissent le plus les ménages)
- La politique devrait être cohérente avec son environnement global et le positionnement du gouvernement
- La politique devrait s'étendre aux principaux prestataires de services quels que soient leurs secteurs d'activités et refléter les tendances actuelles d'utilisation ; et les soumettre à des standards minimums de qualité.
- Les critères d'éligibilité devraient prendre en compte les zones les plus nécessiteuses mais aussi partir d'une évaluation réaliste des ressources disponibles.
- Les investissements additionnels devraient être planifiés parallèlement à la politique pour prendre en compte les contraintes essentielles liées à l'offre (comme le manque de personnel) et pour faire face à l'augmentation de l'utilisation des services dans le moyen terme
- L'étendue des investissements additionnels en ce qui concerne la demande, comme les financements des transports, devrait être définie en parallèle des

approches de l'offre, pour les zones les plus démunies.

- Le rôle d'acteurs complémentaires, comme les accoucheuses traditionnelles, devrait être intégré à la réflexion – peuvent-elles être associées à la politique de façon constructive?
- Les politiques devraient rationaliser les procédures de référence de telle sorte que les accouchements sans problème soient pris en charge par les établissements de niveau inférieur
- Inversement, la politique devrait soutenir l'accès au niveau supérieur pour les patientes qui en auraient besoin

2. Processus de mise en place de la politique

- Toutes les parties prenantes devraient être consultées et associées à la mise en place de la politique. Ce processus devrait s'appuyer sur des "champions" potentiels qui peuvent soutenir son élan au niveau national et la "vendre" politiquement
- Le coût de cette politique devrait être calculé de façon prudente et réaliste (calcul basé sur des modèles d'utilisation, des charges de travail, des coûts unitaires, des scénarii de changements) et correspondant aux sources de financement probables (elles aussi sous forme de projections afin d'évaluer les changements possibles sur le moyen terme)
- Les lignes directrices de la politique devraient être clairement définies et communiquées à toutes les parties prenantes
- La politique devrait être évaluée périodiquement et révisée avec les principales parties prenantes

3. La politique et sa diffusion

- Les messages essentiels devraient être aussi simples que possibles
- Une stratégie active de diffusion de la politique devrait être développée à l'endroit des communautés et des personnels de santé
- L'ensemble des bénéfices et des critères d'éligibilité devraient être affichés dans toutes les structures de santé

4. Allocation des ressources

- Les fonds devraient être alloués selon des formules à base de données de populations, ajustées par des taux d'utilisation des services et le type de cas pris en charge (accouchements, césariennes)
- D'autres sources de financement public devraient être maintenues de telle sorte que la politique fournisse des ressources additionnelles
- Les financements devraient être réguliers et prévisibles

5. Les systèmes de paiement

- Les mécanismes de paiement devraient permettre le remboursement (non le sur- remboursement) à chaque type de prestataires des coûts moyens de production (ou les éléments qui ne sont pas financés de façon centralisée ou

qui ne sont pas subventionnés)
- Les paiements aux établissements devraient soit être effectués à l'avance en anticipant les charges, et ajustés périodiquement en fonction des rapports produits, soit effectués après coup mais fréquemment, pour éviter des problèmes de cash-flow
- Si les paiements sont basés sur le niveau d'activités, il devrait y avoir traçabilité dans des registres permettant des vérifications indépendantes des cas traités
- Des indicateurs d'escalade des coûts, incluant les taux de césariennes, devraient être suivis, et des incitations proposées pour contrer la surmédicalisation
- L'impact financier sur les établissements de santé devrait être suivi, avec des contrôles pour s'assurer que les coûts n'ont pas été transférés sur d'autres services, ou vers des paiements informels
- Si des personnels de santé dépendent pour une partie ou la totalité de leurs revenus des contributions des patients, alors la politique doit intégrer des mesures compensatoires

6. Gestion, suivi et évaluation

- Il devrait y avoir des lignes claires de responsabilité (à la fois institutionnelles et individuelles) pour la gestion et le suivi du développement de la politique
- Un suivi approprié devrait faire apparaître les problèmes et les réponses à ces problèmes, tout en mettant en valeur les succès afin de susciter un soutien financier continu
- Des enquêtes à base communautaire périodiques devraient évaluer les bénéfices réels retirés par les différents groupes socio-économiques et géographiques
- Des évaluations devraient être menées, en se référant à des indicateurs de base sur l'utilisation des soins, la qualité des soins, les résultats et les coûts pour les ménages
- Les expériences nationales devraient être documentées et partagées, en se focalisant non seulement sur les coûts et les résultats, mais aussi sur les processus qui ont permis à ces politiques de durer et d'être efficaces, ou inversement, qui ont agi comme des obstacles.

Existe-t-il une stratégie préférée pour des contextes différents?

Il y a une reconnaissance croissante de l'importance du contexte et du processus, qui vont déterminer les réponses dynamiques des systèmes de santé au défi des changements. Une étude sur trois pays portant sur les

réformes de la santé globale et de la santé maternelle (Penn-Kekana *et al.* 2007) a trouvé de grandes différences entre les systèmes de droit (tels qu'ils apparaissent dans les documents officiels) et les systèmes de fait (avec les soins actuellement dispensés). Des comportements informels, des structures et des relations ont parfois entraîné des politiques officielles dans des directions non souhaitées, qui ont été à l'encontre des objectifs initiaux. Ceci limite le partage des leçons (positives et négatives) d'un contexte à un autre.

Il est aussi largement admis qu'il n'existe pas une manière unique de 'cibler' les pauvres (Gwatkin *et al.* 2005), et que beaucoup d'approches différentes sont nécessaires pour réorienter les systèmes de santé vers une plus grande équité. Un rapport récent de l'OMS a inclus des recommandations globales touchant les cadres politiques et juridiques, des mesures régulatrices, des initiatives de financement de la santé et de gestion (Gilson *et al.* 2007). D'autres vont encore plus loin, et insistent sur le fait que l'équité devrait viser les causes profondes de la pauvreté et des inégalités, et pas uniquement les symptômes: 'les interventions "en faveur des pauvres" déployées autour de structures de base profondément inégalitaires restent insuffisantes' (UN Millennium Project 2005). Il y a un consensus grandissant sur le fait que les systèmes de santé ne devraient pas seulement chercher à garantir un accès équitable aux interventions mais devraient apparaître comme une institution sociale de base, qui renforce la solidarité sociale et la citoyenneté. Inversement, l'exclusion et la marginalisation générées par les systèmes de santé sont unanimement reconnues comme contribuant à l'état de pauvreté dans les pays à faibles ressources (UN Millennium Project 2005). Les auteurs de ce rapport plaident pour un changement de paradigme, qui, au lieu de se focaliser sur la compétitivité des marchés pour une fourniture efficace des biens et services de santé, devrait privilégier une approche fondée sur les droits humains, qui reconnaît le rôle de l'Etat pour assurer la redistribution et la solidarité sociale. Ceci suppose le renforcement de la légitimité de l'Etat et des relations de coopération entre les secteurs publics et privés. Cela suppose aussi de donner une plus grande chance aux pauvres de s'exprimer et de leur donner le pouvoir de revendiquer.

Financer l'augmentation de la couverture des services

En général, le climat financier est fortement contraignant pour les pays à faibles ressources. Beaucoup de pays dépensent moins de 10 $US par

habitant et par an pour les soins de santé, ce qui est très en-dessous du chiffre approximatif évoqué par la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de 35-40 $US pour financer un paquet minimum de soins dans les pays en développement (World Health Organization 2001). Certains sont pessimistes sur la probabilité d'atteindre ces chiffres d'ici 2015 (Pearson 2007). Ces projections laissent penser que les financements du secteur santé vont très probablement augmenter d'ici 2015, mais dans les pays les plus pauvres ils seront les plus bas et, partant de plus bas, n'atteindront probablement pas les objectifs de la CMS. Même si les objectifs d'Abuja en matière d'allocations budgétaires pour le secteur santé étaient atteints (15% de la dépense publique consacrée à la santé), il y aura toujours un manque important de financements, au regard de l'objectif des 35 $US par habitant. En conséquence, dit le rapport, tous les efforts devraient se concentrer sur l'amélioration de l'utilisation des ressources additionnelles qu'on peut raisonnablement espérer.

Un exercice de modélisation récent sur les ressources additionnelles nécessaires pour atteindre les OMD de santé maternelle et infantile (4 & 5) dans 75 pays estime à 39 milliards $US le montant des financements sur les 10 années à venir dans le cas d'un passage à l'échelle progressif et à 56 milliards $US dans le cas d'un passage à l'échelle rapide (Johns *et al.* 2007). La mobilisation de ces ressources représentera un réel défi, malgré le lancement d'initiatives récentes, comme le plan d'action global (Global Business Plan) pour les OMD 4 & 5 et le partenariat international pour la santé (International Health Partnership). Les estimations des financements pour atteindre l'OMD 5 dans les pays en grande difficulté varient de 0,22 $US par personne à 1,40 $US (Gill *et al.* 2007). Sur la base des niveaux de financements 2004, les bailleurs devraient multiplier par 11 leurs engagements pour correspondre aux investissements que l'OMS estime nécessaires d'ici 2015 (Borghi *et al.* 2006; Powell-Jackson *et al.* 2006). Une revue récente des bailleurs a montré que les financements pour la santé maternelle et néonatale ont augmenté entre 2003 et 2006 de 7 $US à 12 $US par naissance (Greco *et al.* 2008). Cependant, les auteurs ont constaté que les financements avaient diminué dans certains pays en grande difficulté et que les ressources n'étaient pas bien ciblées sur les zones où les besoins en santé maternelle étaient les plus élevés.

La santé maternelle est aussi en compétition avec d'autres secteurs de la santé pour obtenir des ressources, et elle a traditionnellement attiré moins

de financements que les interventions plus 'verticales', bien que les initiatives récentes visent à reprendre la main sur cette thématique. Le coût relativement modeste de la gratuité des soins maternels et infantiles dans des pays comme l'Afrique du sud - 2,5% du budget récurrent (Schneider & Gilson 1999) - laisse penser que les financements pour cette filière pourraient être trouvés dans le pays lui-même, si les responsables politiques décident d'en faire une intervention prioritaire. Des initiatives récentes, telles que le partenariat pour la santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant (Partnership for Maternal, Newborn and Child Health) ont tenté de plaider en faveur de la CMS et de produire des messages harmonisés – une des faiblesses identifiées par certains observateurs du mouvement de santé maternelle (AbouZahr 2001, Shiffman & Smith 2007).

Les soutiens financiers internationaux vont actuellement dans deux directions. L'une veut soutenir le renforcement des systèmes de santé, en insistant sur le fait que des niveaux élevés de financement sur des maladies spécifiques peuvent affaiblir le secteur dans sa globalité. Par exemple, un rapport récent montre que seulement 20% de toute l'aide sur la santé sont utilisés à soutenir la totalité des programmes gouvernementaux (soit en soutien budgétaire général soit en soutien sectoriel) alors que 50% de cette aide santé est hors-budget (Foster 2005). De l'autre côté, il y a un déplacement vers l'aide basée sur les résultats, qui dépend de la réalisation d'objectifs spécifiés (World Bank 2007). Ces approches peuvent ou non se renforcer l'une l'autre en fonction de comment et par qui ces indicateurs ont été décidés et du type d'objectifs poursuivis.

Conclusion

Il existe un renouveau d'intérêt pour combler l'écart dans la couverture en assistance qualifiée entre les pays et au sein même des pays, et de multiples approches ont été testées dans différents contextes au cours des dernières années. En complément des politiques qui visent à lutter directement contre les barrières financières pour les ménages, le thème central de cet ouvrage, il existe aussi un intérêt grandissant pour des approches complémentaires telles que des incitations financières appropriées pour les personnels de santé pour accroître la couverture et de nouvelles modalités d'aide qui favorisent et récompensent les meilleures performances du systèmes de santé dans son ensemble. Ces approches peuvent contribuer à la réalisation des OMD à

condition qu'elles soient conçues de façon intégrée.

Adopter le bon paquet de mesures pour un contexte donné ne se fait pas de façon mécanique. L'équilibre entre les contraintes de l'offre et la demande peut varier, et la conception d'une politique adéquate doit considérer la disponibilité des ressources, les attentes culturelles des rôles et des responsabilités, ainsi que la façon dont les services de santé sont financés et organisés.

Il n'existe pas de meilleure stratégie applicable à tous les contextes, mais il existe des stratégies qui ont pu montrer leur efficacité à partir des expériences des pays. Les ingrédients essentiels sont l'engagement au niveau local, la persévérance constante, une approche globale des barrières liées à l'offre et la demande, et le souci de maintenir l'accent sur la couverture universelle comme but ultime sinon immédiat.

Références

AbouZahr C (2001) Cautious champions: International agency efforts to get safe motherhood onto the agenda. *Studies in Health Services Organisation and Policy* **17**, 387-414.

Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C & Mills A (2006) Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* **368**(9545), 1457-65.

Borghi 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.

Foster M (2005) Fiscal space and sustainability: towards a solution for the health sector Paper presented at the World Bank/WHO conference "Third High-Level Forum on the Health MDGs", Paris, November 14-15.

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

Gilson L, Doherty J, Loewenson R & Francis V (2007) Challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health, Geneva, Final report, Knowledge Network on Health Systems.

Greco G, Powell-Jackson T, Borghi J & Mills A (2008) Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. *Lancet* **371**, 1268-75.

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.

Johns B, Sigurbjornsdottir K, Fofana P, Zupan J, Mathaid M & Edejer T (2007) Estimated global resources needed to attain universal coverage of maternal and newborn health services. *Bulletin of the World Health Organization* **85**, 256-63.

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.

Partnership for Maternal, Neonatal and Child Health (2007) The Global Business Plan for MDGs 4&5. WHO, PMNCH, http://www.who.int/pmnch/activities/globalbusinessplan/en/index.html (accessed 17/10/2008).

Pearson M (2007) Funding flows for health: what might the future hold?, HLPS, London.

Penn-Kekana L, McPake B & Parkhurst J (2007) Improving maternal health: getting what works to happen. *Reproductive Health Matters* **15**, 28-37.

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.

Powell-Jackson T, Borghi J, Mueller D, Patouillard E & Mills A.(2006) Countdown to 2015: tracking donor assistance to maternal, newborn and child health. *Lancet* **368**, 1077-87.

Powell-Jackson T, Tiwari S, Neupane B, Morrison J & Costello A (2007) Evaluation of the maternity incentive scheme: report of the process evaluation, SSMP Nepal, Kathmandu.

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.

Schneider H & Gilson L (1999) The impact of free maternal health care in South Africa: In Safe motherhood initiatives: critical issues (ed. M Berer & T Ravindran), Blackwell Science, Oxford pp. 93-101.

Shiffman J & Smith S (2007) Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. *Lancet*, **370**, 1370-79.

Storeng K, Baggaley R, Ganaba R, Ouattara F, Akoum M & Filippi V (2007) Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* **66**(3), 545-57.

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.

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.

Witter S (2008a) Evidence from Immpact evaluations: demand-side barriers to maternal care - too far, too costly, too unfamiliar, Presentation at Woodrow Wilson Centre, Washington, D.C.

Witter S (2008b) Experiences of policies to reduce financial barriers: In Reaching MDG5, reaching the poor: evidence from Immpact (ed. W. Graham), Immpact, Aberdeen.

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.

World Bank (2007) Healthy development: the World Bank strategy for HNP results, World Bank, Washington, D.C.

World Health Organization (2001) Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development; report of the Commission for Macro-Economics and Health, WHO, Geneva.

Annexe 1. Résumé des études de cas

	La politique de gratuité pour les accouchements au Ghana	**La politique de gratuité pour les accouchements et les césariennes au Sénégal**
Caractéristiques		
Date & extension géographique de mise en œuvre	Introduite fin 2003 dans 4 régions pauvres; Fin 2004, passage à l'échelle dans tous le pays	Introduite fin 2005 dans 5 régions pauvres; étendue en 2006 à tous les hôpitaux régionaux (sauf Dakar)
Bénéficiaires	Toutes les femmes qui accouchent dans des établissements de santé	Toutes les femmes qui accouchent par césarienne; tous les accouchements normaux dans les centres de santé et les postes de santé
Quels sont les services pris en charge ?	Tous les accouchements normaux; tous les accouchements assistés (dont césariennes); Toutes complications liées aux accouchements. Tous les coûts directs au cours de l'hospitalisation pour la mère sont censés être pris en charge (consultation, tests, médicaments, consommables, etc.).	Accouchements normaux et césariennes (avec l'intention d'étendre aux accouchements compliqués). Tous les coûts directs au cours de l'hospitalisation pour la mère sont censés être pris en charge (consultation, tests, médicaments, fournitures etc.).
Quels sont les prestataires de soins autorisés ?	Secteurs public, confessionnel et privé	Secteur public seulement
Types de financement	Gouvernemental avec des co-financements du PPTE	Gouvernemental
Gestion du dispositif	Fonds transférés aux districts en fonction du nombre d'habitants. Fonds gérés par les Assemblées des districts et les Equipes de santé des districts.	Un Comité de coordination au niveau national qui opère en s'appuyant sur les régions et les districts et travaille avec les centrales d'achat de médicaments nationale et régionales pour la fourniture des kits.
Système de paiement des prestataires	Les établissements produisent des rapports mensuels sur les services gratuits fournis. Remboursement selon les tarifs (selon les types d'actes et de prestataires)	Fonds transférés en début d'année aux hôpitaux régionaux en fonction d'une estimation de la charge de travail; Les établissements de niveau inférieur reçoivent des kits pour césarienne ou accouchement ordinaire

Evaluation de l'impact		
Impact sur l'utilisation	Augmentation estimée de +12% des accouchements dans la région Centrale (sur 18 mois de mise en œuvre) et de +5% à Volta (6 mois de mise en œuvre). Augmentation principale dans les centres de santé (Région Centrale). Personnel principalement impliqué : les sages-femmes.	Les données issues des structures retenues pour l'étude montrent de petites augmentations mais significatives des accouchements assistés (+4%) et de césariennes (+1,4%) un an après le lancement. Il manque des données d'un groupe contrôle, mais quelques données nationales relatives aux régions non couvertes laissent penser que l'augmentation dans 5 régions pourrait être liée au programme mis en place.
Impact sur la qualité des soins	Qualité inchangée (faible avant et après)	Petite réduction mais non significative des enfants mort-nés frais. Les résultats sur la qualité suggèrent un niveau inchangé de qualité– ni détérioré ni garanti par le programme mis en place.
Impact sur les coûts/ dépenses des ménages	Une baisse significative des frais des césariennes (-28%) et des accouchements assistés (-26%); Baisse non significative des accouchements assistés par des accoucheuses traditionnelles (-14%). Les coûts à la charge des patients sont restés cependant important (persistance de coûts directs et indirects)	Des données qualitatives existent sur les ménages qui continuent à payer pour des coûts liés à l'accouchement dans les établissements, en particulier les médicaments non inclus dans les kits. La réduction des coûts ne sera probablement pas suffisante pour attirer les non-utilisateurs, sauf pour les césariennes, qui bénéficient probablement de réductions plus significatives (avec des disparités régionales toutefois). Les autres complications ne sont pas incluses dans le programme mis en place.
Impact sur les résultats en matière de santé	Non établi, même si la mortalité et la morbidité devraient être réduites grâce à l'augmentation des accouchements assistés et un accès plus rapide aux soins d'urgence	
Impact sur les structures de santé	Au début positif - revenus en augmentation et capacité accrue d'approvisionnement en médicaments et consommables - puis apparition de dettes à cause du sous financement du programme	Le montant des transferts vers les hôpitaux régionaux a dépassé de loin le coût des services. Les établissements de niveau inférieur y ont par contre perdu parce que les kits ne couvraient pas les coûts salariaux et autres. Manque de kits et approvisionnement irréguliers. Certains ont compensé ces manques par des augmentations de prix d'autres services ou ont continué de faire payer les accouchements.

Impact sur les personnels de santé	Pas d'impact direct sur les revenus des personnels de santé malgré la hausse de la charge de travail. Peu d'incitations dans la politique mise en place. Les revenus des personnels de santé ont augmenté indépendamment pendant la mise en place de la politique	La politique mise en œuvre menace les revenus des personnels communautaires des structures de santé des districts et des sous-districts (payés auparavant sur la tarification des accouchements). Cependant, pas de preuve de diminution de personnel - les structures ont dû trouver d'autres moyens pour les payer. Augmentation de la charge de travail. La plupart des accouchements sont fait par des 'matrones' (personnel communautaire ayant eu une formation de 3 à 6 mois).
Performance du programme en termes d'équité	Diminution des inégalités dans l'utilisation des services par quintiles visés par le programme à Volta (inchangé à Central). Chute des dépenses catastrophiques et du nombre des ménages poussés dans la pauvreté. Une réduction des frais à la charge des usagers proportionnellement plus grande pour le quintile supérieur (22%), comparé au quintile inférieur (13%).	Inégalité géographique dans la distribution des fonds et des kits (assez mal corrélée au nombre d'accouchements prévus par région ou par district). Preuves qualitatives que les communautés isolées ne sont pas capables d'avoir accès à ce programme, étant trop éloignées des centres de santé. Les principaux bénéficiaires sont probablement les pauvres des zones urbaines et périurbaines. Pas de changement sans doute pour les plus pauvres pour qui des mécanismes d'exonération (par exemple la gratuité des médicaments) existaient déjà.
Adéquation et durabilité du financement	Financement à peu près adéquat pour la 1ère phase dans 4 régions, mais sous-financement de l'ordre de 62% lors du passage à l'échelle nationale. Faible engagement, suivi et évaluation. La gratuité sera incluse dans la nouvelle politique nationale d'assurance santé	Budget initial adéquat mais entravé par une planification défaillante de la mise en œuvre (exemple: problèmes de transferts aux établissements de niveau inférieur) et faible communication. Absence de consensus sur l'approche, ce qui a sapé la pérennité du système.
Rapport coûts /efficacité du programme	3 millions $US de coûts totaux en 2005. Coût moyen par accouchement : 0,16 $US par tête. 22 $US par accouchement (tous types). 62 $US par accouchement additionnel (tous types)	300.000 $US dépensés en 2005 pour 5 régions (0,5% des dépenses totales nationales de santé pour une année). 0,10 $US par tête. 2,2 $US en moyenne pour un accouchement ordinaire. 154 $US en moyenne par césarienne. 21 $US par accouchement additionnel. 467 $US par césarienne additionnelle.

Améliorer l'accès aux accouchements assistés, Kampong Cham, Cambodge		
	Bons	**Fonds d'Equité pour la Santé (FES)**
Caractéristiques		
Date & extension géographique de mise en œuvre	Le 1er programme a débuté en février 2007 dans un district sanitaire (Kampong Cham) puis a été étendu à 2 autres districts (Prey Chhor, Chamkar Leu) à la mi- 2007	Il a débuté progressivement vers la fin 2005 dans 3 hôpitaux de district et un hôpital provincial
Bénéficiaires	Femmes enceintes pauvres des régions concernées	Toutes les patientes pauvres admises dans les 4 hôpitaux gouvernementaux, incluant les détenteurs de bons
Quels sont les services sont pris en charge?	Les frais d'accouchement pour les usagers, 3 visites prénatales et une visite postnatale dans des centres de santé sous contrats; coûts de transports entre le domicile et le centre pour obtenir les services ci-dessus; coûts de la référence vers l'hôpital en cas de complication	En fonction du niveau d'éligibilité: frais d'hospitalisation, de transport, de nourriture et de funérailles en cas de décès
Quels sont les prestataires de soins autorisés ?	30 centres de santé gouvernementaux dans les 3 districts sélectionnés en fonction: de l'existence d'un paquet minimum d'activités, d'au moins une sage-femme qualifiée, d'un historique de bonne performance pour les accouchements et les visites prénatales	4 hôpitaux publics nationaux ayant contractualisé
Types de financement	Les programmes de bons et du FES sont financés par un projet bilatéral entre les gouvernements cambodgien et belge	
Gestion du dispositif	2 ONG sont les opérateurs des agences de gestion des bons et du FES	
Système de paiement des prestataires	Paiement au cas par cas: à la fin de chaque mois les centres de santé et les hôpitaux reçoivent des financements pour leurs prestations en fonction du nombre de cas pris en charge par les bons et le FES et de la tarification agréée des actes	
Evaluation de l'impact		
Impact sur l'utilisation	Les accouchements dans les centres de santé sous contrats ont considérablement augmenté; les bons concernent 21,5% du total des accouchements en centres de santé. Cependant, plus de la moitié des titulaires de bons ne les ont pas utilisés pour des accouchements dans les centres de santé sous contrat	Les accouchements dans les établissements sous contrat ont considérablement augmenté. Le FES concerne 57,5% du total des accouchements en hôpital incluant les titulaires de bons
Impact sur la qualité des soins	Non établi, bien qu'une amélioration ait été rapportée	

Impact sur les coûts/ dépenses des ménages	Non établi, bien que les dépenses des ménages devraient diminuer dès lors qu'ils bénéficient de la gratuité des services	
Impact sur les résultats en matière de santé	Non établi, la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles devraient diminuer suite à l'augmentation de l'accès à un accouchement plus sûr : personnel qualifié dans les centres de santé publics avec un accès plus rapide aux soins obstétricaux d'urgence	
Impact sur les structures de santé	Non établi, bien que perçu comme généralement positif: plus de revenus et meilleure gestion	
Impact sur les personnels de santé	Non établi, bien qu'il ait été signalé que les personnels de santé étaient plus régulièrement présents grâce à l'augmentation des revenus et à de meilleures réglementations via des contrats, du suivi et de la supervision	
Performance du programme en termes d'équité	Non établi, bien que l'équité devrait être promue via le ciblages des femmes enceintes pauvres. Un grand nombre de femmes enceintes pauvres ont été prises en charge par les deux programmes.	
Adéquation et durabilité du financement	Le financement actuel est très fiable. Mais les financements extérieurs pourraient ne pas être pérennes. De toute façon, le gouvernement a alloué des budgets pour le Fonds d'Equité. Le gouvernement prévoit prochainement de soutenir un plan d'extension des systèmes de bons à 4 autres provinces. Ceci accroît les chances de durabilité des programmes mis en place	
Rapport coûts /efficacité du programme	5.309 $US de dépenses totales en 2007. Moyenne de près de 5 $US par détenteur de bon et 18 $US par accouchement couvert	Non établi

	Le système du partage des coûts District Secteur 30, Burkina Faso	**Le systèmes des primes financières pour les accouchements assistés en Inde**
Caractéristiques		
Date & extension géographique de mise en œuvre	Démarrage en 2005 au District du Secteur 30, Ouagadougou (moins de 0,5 million d'habitants)	Démarrage en 2005 sur tout le territoire. 1,1 milliard d'habitants
Bénéficiaires	Toutes les femmes enceintes du district	Femmes enceintes pauvres (sous le seuil de pauvreté) qui ont eu 3 visites prénatales et ont accouché dans un établissement de santé (Changé ultérieurement à tout type d'accouchement)

Contribution des bénéficiaires	Un coût fixe 25.000 FCFA (38,1 €) jusqu'en septembre 2006 6.000 FCFA (9,1€) à partir du 1er octobre 2006	Aucune
Quels sont les services pris en charge?	Seules les urgences obstétricales (essentiellement les césariennes). Coûts visés: transport, intervention, médicaments, examens laboratoire, soins post chirurgicaux, frais d'hospitalisation, soins du nouveau-né, pansements en consultation externe, consultation post-natale	Accouchements institutionnels Ultérieurement étendu à tout type d'accouchement - pas nécessairement les accouchements institutionnels
Quels sont les prestataires de soins autorisés?	Hôpital du district du secteur 30	Officiellement, public et privé. En réalité, seuls les praticiens du public ont été impliqués
Types de financement	Financement par les comités de gestion des centres de santé (COGES), le district sanitaire, le gouvernement, les autorités locales	Financement par des allocations budgétaires de l'Etat Central
Gestion du dispositif	Comité de gestion avec représentants du personnel de l'hôpital, de l'équipe cadre du district, des COGES, des autorités locales Réunion trimestrielle	Comités au niveau national, des états fédéraux et du district (constitués essentiellement de personnels de santé)
Système de paiement des prestataires	Fonds transférés au district sur base annuelle sur une estimation du nombre de césariennes (2 à 3,5% des naissances attendues)	Les prestataires ne percevaient rien. Mais les personnels de santé dans les villages qui avaient incité la future mère à avoir un accouchement assisté recevaient une gratification de l'infirmière
Evaluation de l'impact		
Impact sur l'utilisation	Accouchement dans un centre de santé: de 66,2% en 2003 à 86,5% en 2007 Taux de césariennes : 2,5 à 3,7 %	Le programme a apparemment augmenté le nombre des accouchements assistés. Quelques indices montrent que le taux de césariennes est élevé.
Impact sur la qualité des soins	Amélioration de la qualité mais due aux activités multidisciplinaires (santé publique, socio-anthropologie, mobilisation sociale)	Témoignages anecdotiques sur une diminution de la qualité des soins liée à l'incapacité des établissements de santé à faire face à la charge de travail supplémentaire
Impact sur les coûts/ dépenses des ménages	Pas d'enquête ménages, mais une enquête qualitative rappelle la satisfaction des patientes pour la réduction des coûts et la qualité des soins	Pas de données

Impact sur les résultats en matière de santé	Absence de cas de mortalité maternelle due au manque de césariennes. La mortalité maternelle due aux hémorragies post-partum ou à l'anémie persiste.	Pas de preuves que les morts maternelles ou néonatales ont diminué
Impact sur les structures de santé	Augmentation de la charge de travail mais pas d'augmentation de l'allocation budgétaire de l'état pour les équipements et les infrastructures (or les équipements se détériorent très vite si la charge de travail est élevée)	Augmentation de la charge de travail sans augmentation correspondante des ressources.
Impact sur les personnels de santé	Pas d'impact direct sur les revenus des personnels de santé, bien que les charges de travail augmentent. Le programme ne prévoit pas d'incitations financières. Confort pour les prestataires: les soins sont donnés immédiatement (la césarienne est faite avant le paiement)	Réponse mitigée. Les personnels de santé ont le sentiment que c'est un bon programme pour promouvoir les accouchements institutionnels. Certains en bénéficient grâce aux frais informels qu'ils font payer. Parallèlement, ils ne sont pas satisfaits de la charge élevée de travail.
Performance du programme en termes d'équité	Le forfait (6.000 FCFA) signifie que les pauvres paient autant que les riches mais les indigents en sont exemptés après un entretien social Utilisation des services plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales.	Alors qu'à l'origine le programme était réservé aux femmes pauvres, ensuite il a été ouvert à toutes les femmes (en particulier dans les états pauvres). On ne sait pas exactement qui en bénéficie actuellement, les gens plus aisés ou les pauvres. Les indicateurs qui pourraient le montrer ne sont pas analysés.
Adéquation et durabilité du financement	Financement adéquat si la subvention est réajustée chaque année en fonction des césariennes attendues Beaucoup de parties prenantes pour un contrat qui est négocié chaque année. Besoin d'une mobilisation politique constante.	Les financements ne sont pas un problème, mais il y a un problème de flux des financements vers la périphérie qui fait que les femmes perçoivent leur prime avec un retard considérable.
Rapport coûts /efficacité du programme	52 millions FCFA pour 2007 pour le district du Secteur 30 (632 césariennes planifiées)	Non établi

MURIGA (MUtuelles de santé pour la prise en charge des RIsques liés à la Grossesse et à l'Accouchement)		Le forfait obstétrical en Mauritanie (ORI)
Caractéristiques		
Date & extension géographique de mise en œuvre	1997: fonds de solidarité dans le district de Dabola 2006: 17 districts sur 33 couverts par les MURIGA	17/11/2002 : démarrage dans2 districts de Nouakchott Extension : 11/05/2004 : 3e district de Nouakchott 11/05/2005 : 3 capitales régionales (Kiffa, Aioun, Néma) 12/05/2007 : 1 capitale régionale (Aleg) 1/03/2008 : régions rurales autour de Kiffa 13/05/2008 : 3 capitales régionales (Kaédi Nouadhibou)
Bénéficiaires	Toutes les parturientes et les enfants de moins de cinq ans	Toutes les femmes enceintes choisissant ce mode de paiement
Quels sont les services pris en charge?	Soins prénatals (incluant les médicaments); Accouchement (incluant les césariennes); Complications obstétricales (incluant les soins hospitaliers et les médicaments); Coûts du transport dans le cas d'une référence vers un établissement d'un niveau supérieur	Soins prénatals incluant des tests biologiques et échographie ; tous les types d'accouchement incluant la césarienne et les soins postnatals
Quels sont les prestataires de santé autorisés ?	Les structures de santé du secteur public dans une zone couverte par les MURIGA	Les structures de santés publiques dans la zone géographique couverte par le forfait obstétrical
Types de financement	Primes payées par les ménages mais les organisations internationales et ONGs (UNICEF, Banque Mondiale, UNFPA, Banque africaine de développement, USAID, etc.) ont soutenu la phase de lancement (réunions et transports). Certaines organisations comblent les déficits, s'il y en a, à la fin de l'année	Le programme est financé par les contributions (prépaiements) des ménages. Les partenaires au développement (UNFPA, UNICEF, Ministère français des Affaires étrangères et Agence française du Développement) ont soutenu la phase de lancement (soutiens financier et technique) des 5 premières années.
Gestion du dispositif	Assemblée générale des membres qui confient la réalisation des activités à un comité exécutif : le comité préfectoral de santé (Directeur préfectoral de la santé, Directeur des microréalisations, Directeur préfectoral de l'autonomisation des femmes).	Un lot de médicaments fournis pour les six premiers mois (autonomie de gestion) a été géré par un comité local composé des représentants des bénéficiaires et des personnels de santé

Système de paiement des prestataires	Les versements sont effectués à la banque du crédit rural et les prestataires de services (prestataires de soins et syndicat des transporteurs) émettent les factures.	Les versements mensuels sont utilisés pour le réapprovisionnement des médicaments et des consommables, plus le personnel des urgences présent 24/7; Les excédents sont distribués au personnel sous forme de primes
Evaluation de l'impact		
Impact sur l'utilisation	Peu d'impact sur le taux des accouchements assistés (de17% à 22% entre 2000 et 2006). Le taux de césariennes s'est élevé de 0,75 à 1,85% entre 2000 et 2006 dans les zones d'intervention de la MURIGA contre 0,4 à 1,6% dans les zones non couvertes	Augmentation du taux d'accouchements assistés (61,5% en 2000 avant le démarrage du FO et 95,3% en 2007) dans les cinq maternités de Nouakchott du programme
Impact sur la qualité des soins	Les bénéficiaires ont un accès plus rapide aux soins mais la MURIGA ne résoud pas tous les problèmes de mauvaise gestion dans les établissements de santé, tels que le manque de médicaments ou l'absentéisme du personnel, ce qui explique le faible taux d'utilisation des services de santé	Amélioration significative dans l'offre des soins obstétricaux d'urgence au sein des 5 établissements du programme à Nouakchott (Taux multiplié par 3 des césariennes, avec réduction par 3 des délais entre l'indication et l'intervention). Pas de changements dans les soins quotidiens.
Impact sur les coûts / dépenses des ménages	Allègement financier pour les familles bénéficiaires, mais le taux d'adhésion à la MURIGA reste bas (autour de 10%)	La prime fixée pour le FO (22 $US) est massivement soutenue pas les utilisateurs eux-mêmes. Même s'il y a encore des tentatives d'obtenir des paiements informels, les femmes interrogées citent le "prix" comme le plus grand avantage.
Impact sur les résultats en matière de santé	Pas de données disponibles concernant la mortalité maternelle et néonatale.	Pas de données en population. Dans les régions et dans les 5 maternités de Nouakchott, le ratio de mortalité maternelle institutionnelle dans les structures participant au programme a diminué de moitié.
Impact sur les structures de santé	Dans certains hôpitaux, le soutien financier et technique de la part des organisations internationales a permis à la MURIGA d'installer de nouveaux services, de fournir des ambulances, des radios, des équipements et autres fournitures ainsi que des formations pour les personnels.	Les hôpitaux sont assez hostiles au programme. Leurs revenus ont diminué suite à son introduction - les revenus tirés des activités obstétricales vont ailleurs. Néanmoins, ils ne fournissent plus de médicaments ou de consommables et ils reçoivent des primes qu'ils ne recevaient pas auparavant
Impact sur les personnels de santé	Certains cadres de santé pensent que la MURIGA n'a pas apporté de contribution réelle.	Ils sont moins satisfaits que les patients parce que leurs primes sont insuffisantes, en particulier dans la capitale

Performance du programme en termes d'équité	En principe, le système fournit les soins gratuitement aux femmes les plus pauvres. Il n'y a pas de données disponibles qui le confirment.	L'augmentation constante du nombre des inscriptions semble indiquer que même "les plus pauvres" peuvent payer; très peu de défaut de paiements ont été enregistrés.
Adéquation et durabilité du financement	La plus grande partie du soutien financier à la stratégie vient des partenaires du développement dans le secteur de la santé. La contribution payée par les bénéficiaires et les services couverts est globalement basse. La viabilité et l'autonomie financières ne sont pas encore garanties. L'intérêt porté par les communes rurales de développement (CRD) aux MURIGA pourrait être une opportunité de financement local	Le programme ne peut être lancé dans une région donnée qu'après l'allocation d'un capital de roulement permettant de couvrir six mois de médicaments et de consommables.

	Les systèmes d'assurance santé en Bolivie
Caractéristiques	
Date & extension géographique de mise en œuvre	Tout le territoire national 1998: Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) 2000: Seguro Básico de Salud (SBS) 2002: Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)
Bénéficiaires	SNMN: femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans SBS: femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans SUMI: femmes enceintes et jeunes accouchées jusqu'à 6 mois après la naissance, femmes de 15 à 60 ans pour le cancer de l'utérus, planning familial, enfants de moins de 5 ans
Quels sont les services pris en charge?	SNMN: problèmes de santé infantile (diarrhées, toux) et soins obstétricaux SUMI: 547 ensembles de services couvrant presque toutes les maladies. Consultation médicale, laboratoire, chirurgie, soins hospitaliers, médicaments, consommables, suppléments nutritionnels
Quels sont les prestataires de soins autorisés ?	En théorie : secteur publique (Ministère de la Santé), assurances publiques, prestataires privés, confessionnels et ONG. En réalité seulement le secteur public, les assurances publiques et quelques églises, parce que les remboursements mis en place par le SUMI ne comprennent pas les coûts de personnels
Types de financement	Ressources nationales, départementales et municipales
Gestion du dispositif	Par une unité administrative du SUMI au niveau national et départemental
Système de paiement des prestataires	Une facture administrative est préparée par l'établissement de santé et envoyée à la municipalité, qui la vise, l'enregistre dans la base de données, débite la somme et la crédite sur le compte de l'établissement

Impact de la politique mise en œuvre	
Impact sur l'utilisation	Les accouchements assistés ont augmenté de 33% en 1996 à 64% en 2005
Impact sur la qualité des soins	Une certaine diminution de la qualité signalée due à la surcharge des services
Impact sur les coûts/ dépenses des ménages	Diminution, mais absence de données disponibles actuellement
Impact sur les résultats en matière de santé	Les mortalités maternelle, infantile et néonatale ont diminué sur la période, ce qui peut avoir un lien avec la politique mise en œuvre
Impact sur les structures de santé	Pas de données disponibles
Impact sur les personnels de santé	Plus de travail. Certains témoignages de satisfaction
Performance du programme en termes d'équité	Ecarts dans les couvertures et l'utilisation des services entre zones urbaine et rurale et entre métisses-indigènes
Adéquation et durabilité du financement	Adéquat et durable pour la population couverte
Rapport coûts /efficacité du programme	Pas de données spécifiques disponibles