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

Werner Soors¹, Maria-Pia Waelkens¹ & Bart Criel¹

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	
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 santé² 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 2006⁴ confirme la place prioritaire réservée aux soins obstétricaux d'urgence: l'acte de césarienne était couvert par 72% des micro-assurances⁵. 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 liés 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 1 ^{er} échelon	212	57,9%
Césarienne	201	54,9%
Consultation externe au 1 ^{er} échelon	197	53,8%
Hospitalisation au 1 ^{er} échelon	185	50,5%
Soins prénatals au 1 ^{er} 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
<i>Services de premier échelon</i>			
Consultation curative + médicaments génériques	80%	70%*	75%*
Accouchements normaux	50%	50%	50%
Soins prénatals	50%	50%	50%
<i>Services de référence</i>			
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

Flexibilité et complémentarité : la valeur ajoutée des micro-assurances santé

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 portaient 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 permettrait 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 reconnaissons 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'utilisateur. 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.

Borghj 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 recherche 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.

PHRplus (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 Reformplus, 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