

---

## *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<sup>1</sup>, Fabienne Richard<sup>2</sup> & Vincent De Brouwere<sup>2,3</sup>

### *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

---

<sup>1</sup> Impact, Health Sciences Building, Foresterhill, University of Aberdeen, AB25 5DZ, Scotland. Email: [sophiewitter@blueyonder.co.uk](mailto:sophiewitter@blueyonder.co.uk) (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

<sup>2</sup> Unité Qualité et Ressources Humaines, Département de Santé Publique, Anvers, Belgique

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

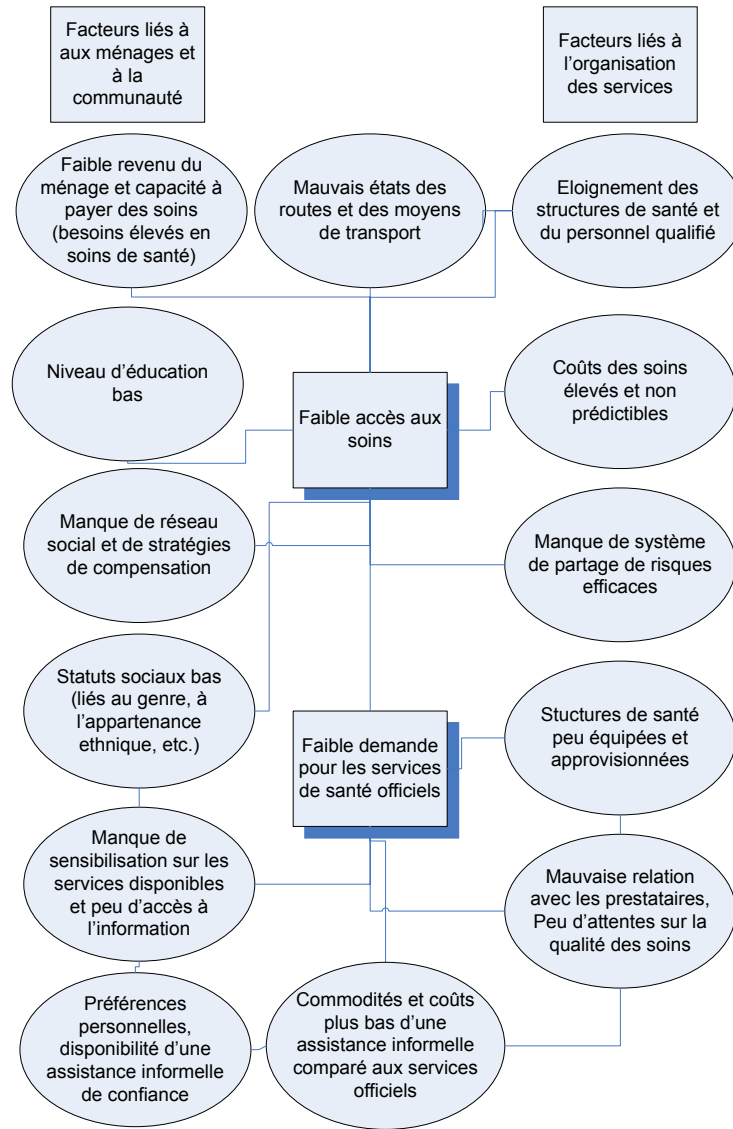
communautés (Figure 1).

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
<b>Côté offre (barrières financières surmontées par le système de santé)</b>					
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			Païement 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 ( <i>conditional cash transfer</i> ) (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 ( <i>voucher</i> ) (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 1<sup>er</sup> 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 de 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. Étant 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**

<b>Mécanisme de financement pour les soins obstétricaux</b>	<b>Coûts de l'intervention</b>	<b>Impact sur l'utilisation</b>
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. Leçons 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 qualifiée pour les accouchements (et/ou inégalités élevées des taux d'assistance qualifiée 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 système 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-Klimesu 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 Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.