



La gratuité des accouchements et des césariennes en Afrique de l'Ouest et au Maroc: résultats et leçons tirées de la recherche



VUE D'ENSEMBLE

Cette note de synthèse résume certaines des principales conclusions et leçons tirées des évaluations pluridisciplinaires de quatre politiques nationales visant à améliorer l'accès aux soins obstétricaux au Burkina Faso, au Bénin, au Mali et au Maroc. Ces pays ont tous mis en œuvre des politiques de subvention universelle ou d'exemption concernant les accouchements (dans certains cas) et les césariennes dans la dernière décennie.

Le projet FEMHealth a utilisé une variété d'outils de recherche pour comprendre les origines, le financement, la mise en œuvre et les effets de ces politiques, en mettant l'accent non seulement sur l'utilisation, les

gains en matière de santé et de protection financière, mais aussi considérant plus largement les répercussions sur le système de santé et les effets imprévus.

Quelques points forts frappants ont été trouvés dans les pays. Il existe une volonté politique considérable envers ces politiques, ainsi qu'à maintenir les gains qu'elles ont générés. Elles ont été relativement bien mises en œuvre, sans les déficits budgétaires qui ont été documentés dans d'autres contextes.

Elles ont aussi, dans certains cas, comme au Maroc, été accompagnées par des améliorations complémentaires de l'offre. Notre recherche a également trouvé qu'il

LES MESSAGES CLÉS

- Un vaste paquet de soins devrait être exempté si l'objectif est d'améliorer la santé maternelle et néonatale. Les politiques qui mettent l'accent sur les césariennes seules ne peuvent pas traiter les principales causes de mortalité et de morbidité.
- Les politiques d'exemption et de subventions peuvent fournir une protection financière si elles sont bien conçues et mises en œuvre.
- Il y a des risques élevés de favoriser les ménages plus aisés si les politiques d'exemption ne sont pas accompagnées d'efforts concertés pour lutter contre d'autres barrières (physiques, culturels et des aspects liés à la qualité des soins).
- L'amélioration de la qualité - en particulier dans le domaine des soins du nouveau-né ainsi que dans l'amélioration de l'expérience des femmes qui accouchent - est essentielle, à la fois à l'augmentation de l'utilisation des services et à les rendre efficaces.
- Les systèmes de paiement optimaux doivent être mis en place (pour couvrir les frais, mais aussi pour récompenser l'efficacité), ainsi qu'un mécanisme de contrôle pour les structures de soins et le personnel, pour empêcher la pratique de demande de coûts illégaux aux patients.
- Une communication claire, l'implication des parties prenantes et encourager une gestion efficace du système de santé local sont tous essentiels à la politique et à l'efficacité des services de santé.

Y a un soutien pour ces politiques, non seulement des bénéficiaires mais aussi des acteurs clés au sein du système de santé (gestionnaires de district de santé, les équipes de gestion de l'hôpital, spécialistes, infirmières et sages-femmes). Les politiques ont été généralement considérées comme étant pertinentes et importantes. Dans certains cas, elles semblaient également être efficaces.

Cependant, la sélectivité de ces politiques pour les césariennes (dans deux des quatre pays) a été problématique dans une certaine mesure. En effet, les césariennes peuvent sauver des vies, mais si l'utilisation augmente, il est difficile de savoir si les femmes ont reçu ces soins pour des raisons de nécessité (indication médicale). En outre, l'utilisation des césariennes est plus élevée pour les personnes riches et dans les zones urbaines, ce qui signifie que les avantages de financement seront presque automatiquement plus élevés pour les riches. Il s'agit d'une intervention qui, dans certains contextes doit être augmentée, mais qui demande à être contrôlée dans d'autres contextes (ou pour certains groupes). La césarienne peut être induite par les prestataires et les patientes pour de mauvaises raisons, et comporte dans ces cas des risques médicaux plus importants.

Par ailleurs, dans d'autres pays, où les paiements aux structures étaient fixes et où des frais continuaient à être demandés aux femmes illégalement sous cette politique, les

grands gagnants ont été les hôpitaux, qui ont bénéficié financièrement de la politique. Malheureusement il y avait peu de preuves que ces gains financiers étaient utilisés pour améliorer la qualité des soins en générale ou à renforcer le système de santé dans son ensemble.

Nous avons trouvé divers résultats dans les différents contextes (positifs et négatifs entre les différents sites au sein d'un même pays). Cela souligne l'influence non seulement de la conception de la politique, mais aussi du contexte et des cadres institutionnels et organisationnels dans lesquels les politiques sont introduites.

SYNTHESE DES CONNAISSANCES APPRISES

Principaux problèmes

Il existe un consensus croissant selon lequel la santé maternelle ne peut être améliorée que grâce à des faisceaux de politiques et de programmes qui combinent des interventions qui répondent aux différentes causes de mauvaise santé et ciblent plusieurs groupes. Ces politiques et programmes sont complexes car ils demandent une coordination entre les différents niveaux du système de santé et de multiples acteurs, y compris les communautés, les personnels de santé et les gestionnaires.

L'exemption des frais de soins pour l'accouchement et les soins obstétricaux

d'urgence est une politique qui a été introduite par beaucoup de pays (en Afrique et ailleurs) dans le but d'améliorer l'accès aux soins et ainsi d'améliorer la santé maternelle et néonatale. Cependant, les résultats de recherche actuellement disponibles sur l'impact de cette politique ne sont pas très développés, en partie parce que des modèles utilisés pour l'évaluation ne sont pas en mesure de saisir toutes les informations nécessaires pour que les décideurs puissent prendre des décisions informées. Le projet FEMHealth (2011-14) a visé à réduire cet écart en développant des méthodologies et des outils qui conduiraient à une recherche avancée sur la mise en œuvre de la politique, des résultats de recherche plus robustes et une meilleure diffusion des résultats de recherche.

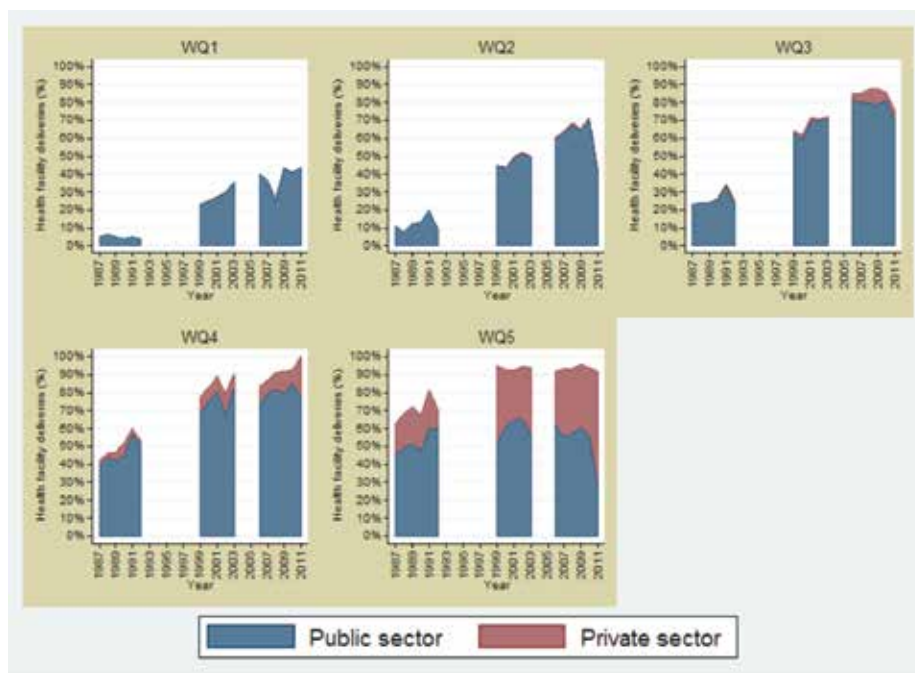
Méthodes

Les résultats présentés dans ce rapport sont extraits de 14 principaux outils de recherche, dont la plupart ont été utilisés dans les quatre pays de l'étude. Ils ont utilisé des méthodes mixtes et comprenaient: la revue de documents, des entretiens avec des informateurs clés au niveau international, national et du district, l'analyse des données hospitalières et des données financières de routine, ainsi que des données d'enquête secondaire, l'extraction structurée des informations provenant des dossiers médicaux, les enquêtes sur les patients et le personnel, des entretiens approfondis avec les patients et l'observation du processus de soins.

Les cadres conceptuels qui relient tous ces éléments ont été développés au début du projet et ont aidé à intégrer les résultats.

Dans chaque pays, 4-6 sites d'étude ont été choisis en utilisant des critères relatifs aux échantillons minimaux, mais aussi une série de critères contextuels, y compris les taux de pauvreté, les taux d'utilisation et la répartition de la population. L'objectif était d'inclure une variété de contextes, y compris les zones ayant des barrières de pauvreté plus élevées et une faible utilisation ainsi que ceux où l'accès était meilleur avant l'introduction de la politique.

Afin d'étudier les effets de la politique, FEMHealth a utilisé des études précédentes, où elles étaient disponibles et des analyses d'évolution dans le temps. Nous avons également utilisé une analyse transversale pour comprendre comment les différences



Graphique 1. Évolution des accouchements qui ont lieu dans les établissements du secteur public et privé, stratifiés par la richesse relative, au Maroc, 1987-2011 (données EDS)

de résultats peuvent être liées aux différences dans la mise en œuvre des politiques. Notre approche globale était de construire un récit plausible de l'introduction de la politique, sa mise en œuvre et ses effets, en se basant sur une triangulation de différentes sources de données et méthodes, et de noter les régularités entre les contextes différents.

Principaux résultats

1. Les trois pays (les données récentes manquaient pour le Mali) ont vu une augmentation au niveau de l'accès au fil du temps. Les politiques ont peut-être contribué au maintien de cette tendance, pendant la présente période, mais elles n'ont apparemment pas accéléré cette tendance.
2. L'analyse de l'évolution de l'utilisation par groupe socio-économique montre une réduction des inégalités pour les trois pays dont les données de l'enquête étaient disponibles. Encore une fois, il s'agit du maintien d'une tendance préexistante, liée aussi en partie aux taux élevés d'accouchements assistés préexistants dans les quintiles supérieurs. Il est difficile de quantifier le rôle des politiques, même si elles sont susceptibles d'y avoir contribué à un certain degré.
3. L'ensemble des données suggère une réduction significative des paiements des ménages pour les services ciblés, allant de 60% jusqu'à 90%, dépendant du type d'accouchement et du pays.
4. Toutefois, même en ce qui concerne le paquet des soins qui devait être

couvert sous la politique, les ménages ont continué à payer des sommes qui s'élevaient à une proportion variable de leur dépense globale (peu au Maroc, intermédiaire au Burkina et au Bénin et substantielle au Mali).

5. L'analyse transversale montre que la qualité des soins est variable selon les sites et rien ne prouve que les hôpitaux qui ont mis en œuvre la politique fournissent des soins d'une qualité pire qu'avant. Dans certains cas, tels que les sites au Burkina Faso, une tendance inverse est observée.
6. Il n'y avait pas d'effets systématiques sur le système de santé en général ou sur les services non ciblés.
7. Du point de vue financier, la charge financière des politiques est gérable. Elles ont coûté 2.5-3.5% des dépenses de santé publique en 2011, et ont été financés par des ressources nationales.

Discussion des résultats

Les politiques sont relativement récentes et il est trop tôt pour porter un jugement définitif sur cette question, mais en général, elles sont susceptibles d'avoir joué un rôle dans le soutien des améliorations qui continuent, ainsi que d'autres changements et investissements. Dans le cas du Maroc, par exemple, il y avait un certain nombre d'investissements parallèles dans le plan d'action global et de nombreux ménages (les ménages à faible revenu) ont bénéficié d'une carte leur fournissant l'exonération de tous les frais de soins avant la politique.

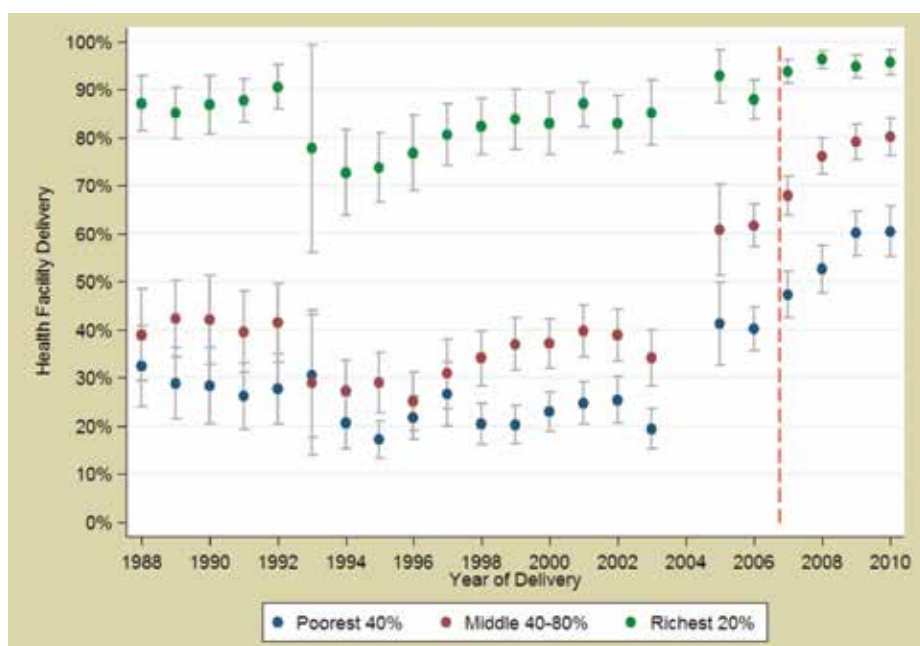
Dans ce contexte, il n'est pas attendu que la gratuité des accouchements dans les hôpitaux conduise à un changement radical dans le comportement. Au contraire, elle doit être considérée comme faisant partie d'un continuum de mesures visant à augmenter les accouchements au sein des structures au fil du temps.

Les politiques sont universels dans leur conception et devraient bénéficier à toutes les femmes. Cependant, les obstacles non financiers sont plus importants pour les femmes dans les zones rurales, en particulier en matière de transport. En outre, les politiques soutiennent ceux qui utilisent les services, ce qui, dans tous les pays, favorise les ménages plus aisés avant les politiques (en particulier pour les césariennes).

Changer ceci signifie un changement de comportement de recherche de soins lors de l'accouchement, qui, comme notre recherche a montré, est une tâche assez difficile, surtout sur le court terme. Cela nécessite une meilleure communication sur les politiques, à l'attention en particulier des non-utilisateurs et des femmes les plus éloignées ainsi que l'amélioration de l'accès physique. Cela demande aussi de rassurer les femmes par rapport à leur accueil, les coûts auxquels elles seront confrontées et le soutien qu'elles recevront lors des accouchements.

Les résultats de recherche suggèrent que tout cela nécessite des actions plus efficaces dans les pays de l'étude. Une proportion importante (0-35 %, selon le site) était incapable de payer les frais, même après la mise en œuvre de la politique. En outre, les femmes ont un manque de confiance quant à ce qu'elles doivent payer ou pas, ce qui non seulement augmente les problèmes financiers, mais peut aussi perturber la relation avec les prestataires. Cela indique qu'il y a beaucoup de possibilités pour accroître la protection financière offerte par ces politiques. Par exemple, au Burkina Faso, le paiement de la valeur résiduelle de 20% pour les indigents reste à être mise en œuvre.

Les études de cas ont révélé que les politiques ciblées n'ont pas créé des occasions pour renforcer la fonction de stewardship, ou au moins, ces possibilités



Graphique 2 Évolution des accouchements dans les établissements de santé, stratifiés par la richesse relative, au Burkina Faso, 1988-2010 (données EDS)

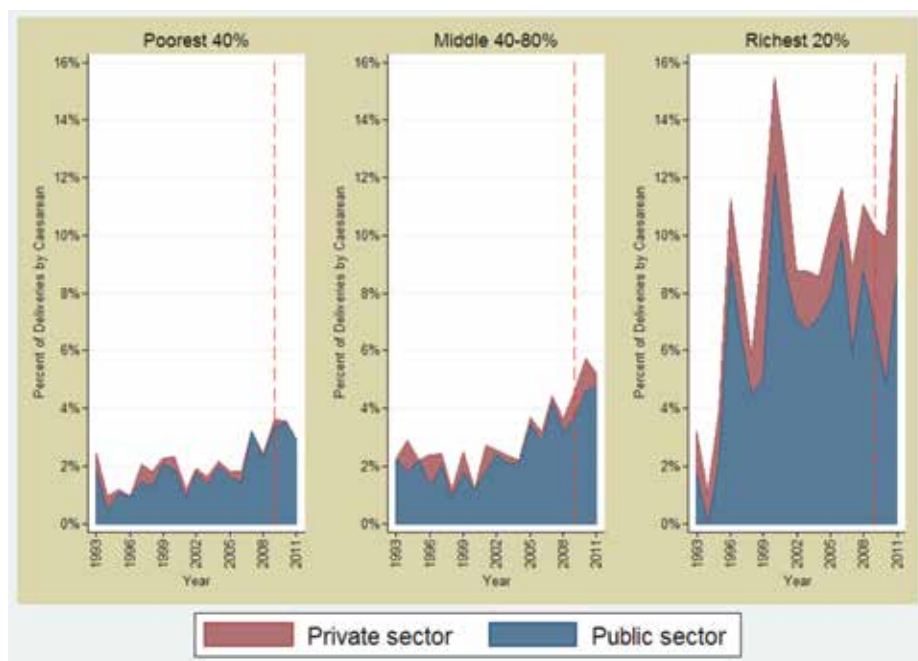
n'ont pas été saisies. Cela peut présenter un défi au-delà de la portée d'une seule politique nationale.

Recommandations:

1. Les gouvernements devraient étendre les politiques d'exemption et de subventions mais doivent également s'assurer qu'ils couvrent un ensemble de soins qui répond à toutes les principales causes de morbidité et de mortalité maternelle et néonatal.
2. Ils doivent travailler avec les prestataires pour améliorer la qualité des soins fournis, en particulier pour le nouveau-né, et ne pas négliger les relations interpersonnelles qui sont si importantes pour les patientes.
3. Les politiques doivent être clairement communiquées au personnel de santé et à la communauté.
4. Les paiements aux prestataires doivent être correctement calibrés de façon à encourager les incitations adéquates.
5. Les gestionnaires, le personnel et les communautés doivent être impliqués dans l'élaboration et le suivi de la politique afin de renforcer l'appropriation et le contrôle de l'abus.
6. Tous les pays doivent mettre en place des mécanismes pour réguler plus efficacement les prestataires afin que les paiements illicites exigés des patients soient suspendus.

7. Des mesures supplémentaires sont nécessaires pour s'assurer que les avantages soient équitables, en particulier, en accordant une attention au transport et à l'accès aux structures pendant la nuit.
8. Les faiblesses systémiques sous-jacentes qui compromettent l'efficacité des politiques doivent être abordées. Il s'agit, par exemple, des systèmes d'approvisionnement en médicaments et de distribution qui ne sont pas fiables et des mauvais rapports entre prestataires-patients.
9. Il faut mettre l'accent sur un 'stewardship' au niveau local en renforçant des compétences et la mise en place de cadres institutionnels pour permettre la gestion efficace des ressources.
10. Toutes les politiques d'exemption et de protection financière devraient être intégrées dans un plan national pour atteindre une couverture de santé universelle, et ne devraient pas se rajouter à la fragmentation de l'architecture du financement de la santé.

Pour plus d'informations, s'il vous plaît contacter la coordinatrice scientifique, Dr Sophie Witter, à l'Université d'Aberdeen: s.witter@abdn.ac.uk et visiter le site internet du projet: www.abdn.ac.uk/femhealth.



Graphique 3 Tendances des césariennes qui ont lieu dans les établissements du secteur public et privé, stratifiés par la richesse relative, au Bénin, 1993-2012 (données EDS)

RESSOURCES CLÉS

Richard F., Antony M., Witter S., Kelley A., Meessen B., Sieleunou, I. (2013) Fee exemption for maternal care in Sub-Saharan Africa: a review of 11 countries and lessons for the region. *Global Health Governance*, special edition on universal health coverage, vol. 6, no. 2

<http://blogs.shu.edu/ghg/wp-content/blogs.dir/109/files/2013/09/GLOBAL-HEALTH-GOVERNANCE-VOLUME-VI-NO.-2-SUMMER-20132.pdf#page=52>

Marchal, B., Van Belle, S., De Brouwere, V. And Witter, S. (2013) Studying complex interventions – from theory to practice: designing the FEMHealth evaluation of fee exemption policies in West Africa and Morocco. *Health Services Research*, 13: 469. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-469.pdf>

FEMHealth (2013) 'POEM (Policy Effects Mapping tool) : how to evaluate the effects of a targeted policy on the local health system. Policy brief.

Boukhalfa, C. et al. (2014) Evaluation of the impact of the free care for deliveries and caesareans in Morocco. FEMHealth country report.

Goufodji, S. et al. (2014) Synthesis report: evaluation of the free caesarean policy in five health districts, Benin. FEMHealth country report.

Ganaba, R. et al. (2014) Cost and impact of the subsidy policy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. FEMHealth country report.

FEMHealth (2014) Why and how fee exemption policies are adopted by district-level health managers: Methodological lessons from a series of realist case studies in Benin, Burkina Faso and Morocco. Policy brief.

FEMHealth (2014) Health care near-miss – indicators to measure the performance of obstetric teams in poor resource settings. Policy brief.

Witter et al. (2014) Cost and impact of policies to remove fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco

