



Evaluation de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au Maroc

Nouveaux outils, nouvelles connaissances



APERÇU GÉNÉRAL

En 2008, le ministère de la Santé a mis en œuvre un plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (PRMMI) incitant le recours à l'accouchement en milieu surveillé.

La PGAC, mesure phare de ce plan, s'adresse à toute parturiente quel que soit son statut socioéconomique. Elle lui permet de bénéficier d'un paquet de prestations au niveau des structures hospitalières publiques.

L'objectif de la recherche FEMHealth est d'évaluer la PGAC à travers l'analyse de sa conception, son financement, sa mise en œuvre au niveau local et ses effets sur les six fonctions du système de santé local. Cette

MESSAGES-CLÉS

- 1** La Politique de Gratuité de l'Accouchement et de la Césarienne (PGAC) a été mise en œuvre de manière effective avec une formulation claire de ses objectifs globaux mais une définition, au démarrage, de leurs responsabilités.
- 2** La PGAC a contribué au renforcement de l'utilisation des maternités hospitalières, en allégeant la charge financière des parturientes et de leurs familles. Certains frais restent à la charge des ménages, tels l'ordonnance à la sortie (coût médian 313 MAD), le transfert inter-structures
- pour certaines parturientes et le transport à partir du domicile (entre 50 à 150 MAD).
- 3** Les disparités d'accès aux soins selon les catégories socio-économiques ont certes été amorties, mais ceci ne peut être attribué uniquement à la PGAC.
- 4** La couverture des besoins obstétricaux d'urgence est adéquate. Le constat dans les hôpitaux sites de l'étude a montré que la prise en charge de la mère est satisfaisante sur le plan technique, mais reste à améliorer sur le plan relationnel. Le nouveau-né est le parent pauvre de cette prise en charge.
- 5** La charge de travail engendrée par la PGAC est perçue augmentée par le personnel et semble être source d'insatisfaction.
- 6** La pérennité de la PGAC dépend de sa confrontation avec la tendance à la généralisation de la couverture universelle et de son intégration dans le processus de régionalisation. Le plan d'accélération de la mortalité maternelle et infantile (PRMMI) mobilise 2.8 % du budget global du ministère de la Santé. Ceci constitue un élément en faveur de la pérennisation de la politique. La durabilité de la PGAC est également conditionnée par son degré d'appropriation dans les pratiques des professionnels de santé.

analyse s'est également intéressée à retracer les effets de la PGAC sur la réduction de la charge financière assumée par les ménages, sur la qualité des soins et sur la gouvernance du système de santé local.

Cette recherche a mobilisé durant trois ans une équipe de chercheurs pluridisciplinaires nationaux et internationaux. Des outils novateurs ont été développés et utilisés pour évaluer les effets de la PGAC.

La PGAC a été l'une des premières actions du PRMMI à être instaurée et a ainsi précédé les autres mesures d'accompagnement prévues pour préparer le terrain à son implantation. Sa mise en œuvre a été caractérisée par une implication partielle des acteurs locaux et de la communauté. Grâce à la PGAC, les femmes ont bénéficié d'une exemption des frais de l'accouchement et de la césarienne au niveau des hôpitaux. Cependant, d'autres frais liés à l'accouchement restent à la charge des ménages.

Un des résultats attendus de la politique concernait une meilleure accessibilité pour les pauvres. Les taux d'accouchements en milieu surveillé et de césariennes ont progressé selon la même tendance à la hausse depuis le milieu des années 2000 et donc, cette évolution ne peut être uniquement attribuée à la PGAC.

La qualité des soins offerts est satisfaisante sur le plan technique. Néanmoins, des efforts sont à déployer pour améliorer le côté relationnel et aussi la qualité de la prise en charge du nouveau-né.

PROBLÉMATIQUE

La mortalité maternelle et néonatale constitue une priorité au Maroc. En effet, en 2003, l'enquête nationale sur la population et la santé familiale (ENPSF) révélait que le ratio de mortalité maternelle était de 227 pour 100 000 naissances vivantes et que le quotient de mortalité néonatale était de 27 pour 1000 naissances vivantes. Les principaux obstacles à l'accès aux services des soins obstétricaux d'urgence sont la barrière financière (74 % des femmes), la distance à parcourir pour atteindre un établissement de santé (60 %) et l'obligation de prendre un moyen de transport (46 %).

Tableau 1 : Différents coûts liés à l'accouchement assumés par les ménages

	Paye	Ne paye pas	Coût (MAD)
Prénatal		X	
Transport domicile-hôpital	X	X (si SAMU OR)	50 à 150
Césarienne		X	
Médicament sur la liste essentielle (ocytocine, Magnesium Sulphate, etc.)		X	
Ordonnance à la sortie	X		350
Test de Labo	X (avant circulaire 2012)	X (après circulaire 2012)	
Transfert	X (si pas de gasoil)	X	100 à 150
Soins au Nouveau-Né		X	
Complications (Hémorragie, éclampsie, avortement, etc)	X (au début de la gratuité)	X	
Autres coûts intra-hospitaliers	X		177

Pour réduire ces barrières d'accès, le Maroc a instauré la PGAC en décembre 2008.

Rappelons que les accouchements étaient déjà gratuits au niveau des structures d'accouchement du réseau de soins de santé de base, et qu'au niveau des hôpitaux les accouchements et les césariennes étaient supposés également gratuits pour les femmes présentant un certificat d'indigence.

Pour obtenir des données probantes sur les effets de la PGAC, le Maroc a participé au projet FEMHealth à l'instar du Bénin, du Burkina Faso et du Mali. Les objectifs de ce projet sont de renforcer l'évidence scientifique en matière d'effets de la gratuité des soins et d'orienter la décision stratégique. L'adhésion à la Communauté de Pratique «Accès financier aux services de santé » (CoP AFSS), constitue une approche novatrice dans le cadre de cette recherche pour favoriser les interactions entre chercheurs et décideurs.

Ce document rappelle comment la PGAC au Maroc a été élaborée, mise en œuvre et quels ont été ses effets sur les dépenses des ménages, sur le système de santé local et ses six fonctions, la charge du travail du personnel, la qualité de prise en charge et l'équité dans l'accès aux soins.

MÉTHODES

FEMHealth est un projet de recherche combinant plusieurs études transversales évaluatives, mixant des outils quantitatifs et qualitatifs.

Ce projet couvre le niveau national pour l'analyse de la conception de la politique, du financement de la gratuité et de l'évolution de l'accès à l'accouchement en milieu surveillé et à la césarienne.

Le projet de recherche a été réalisé au niveau de six provinces incluant leurs hôpitaux de référence, sélectionnées sur la base de critères relatifs au contexte de la population (pauvreté, accessibilité géographique) et niveau d'utilisation des services avant l'introduction de la gratuité (taux de césariennes et d'accouchements en milieu surveillé). La durée de l'étude a été de trois ans. Plusieurs outils parmi lesquels certains de type novateur ont été utilisés. Les données ont été collectées à travers une revue documentaire, des entretiens, des questionnaires et des observations.

L'audience concernée englobe les décideurs, les gestionnaires, les prestataires de soins, les parturientes et leurs familles.

Un rapport global et plusieurs rapports thématiques ont été produits.

PRINCIPAUX RESULTATS

La décision de la PGAC instaurée fin 2008, résulte d'une prise de décision et d'une mise en œuvre centralisées sans implication effective du niveau local. La participation de la communauté a également été partielle surtout d'ordre informationnel.

La communication autour de la PGAC s'est effectuée par circulaires et affichages. Les réunions d'information et d'accompagnement concernaient le PRMMI de manière globale.



RESSOURCES CLÉS

Rapport global « Evaluation de l'impact de la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne au Maroc, nouveaux outils, nouvelles connaissances ».

Rapport « Entretien à la sortie avec les parturientes ».

Rapport « Entretien avec les prestataires de soins ».

Rapport « Le suivi des flux financiers »

Rapport « Entretiens qualitatifs auprès des acteurs »

Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la politique »

Rapport « Cartographie des effets de la politique »

Rapport « Effets sur l'utilisation et la qualité des services de santé maternels et néonataux ».

Une subvention additionnelle a été octroyée aux hôpitaux (68 millions de MAD en 2009 et 75,5 millions de MAD en 2010). La dotation des kits d'accouchement et des médicaments vitaux a été augmentée. Il s'agissait d'un des points forts de la PGAC.

Le renforcement des ressources humaines, matérielles et logistiques a été insuffisant. Il n'y a pas eu de système d'information spécifique à la PGAC.

La continuité de l'offre des services n'est pas assurée de manière optimale en raison essentiellement de la pénurie des ressources humaines.

Le stewardship n'a pas été renforcé par la PGAC.

Les gestionnaires au niveau local ont aisément adopté la PGAC puisqu'elle a induit peu de changement dans leurs pratiques courantes.

La charge de travail s'est légèrement accrue, bien que le personnel de santé la perçoit comme pesante et affectant la qualité des soins.

Une tendance à la hausse de l'accès aux soins obstétricaux d'urgences a été amorcée 10 ans auparavant, notamment pour la catégorie pauvre et de façon substantielle pour la catégorie moyenne. Cette évolution ne peut être attribuée uniquement à la PGAC.

Les ménages assument parfois certains frais en principe couverts par la politique tel le transfert inter-structures. D'autres frais non

ciblés alourdissent la charge financière des ménages, tels l'ordonnance à la sortie de l'hôpital, le transport du domicile à l'hôpital, les frais des accompagnants.

Pour la majorité des ménages les plus pauvres (88 %), les frais liés à l'accouchement ont constitué plus de 15 % de leurs dépenses globales durant un mois. Près de la moitié de ces ménages ont du recourir à l'aide de la famille ou à l'emprunt.

Pendant la durée de l'étude, 39 % de femmes near-miss sont survenus au cours de l'hospitalisation. Les gestes de prise en charge ne sont pas systématiquement accomplis pour toutes les parturientes et particulièrement pour leurs nouveau-nés.

Globalement, les parturientes ont été satisfaites de leur séjour au niveau de l'hôpital. Leur séjour en salle est cependant, mal apprécié surtout sur le plan de l'hygiène et la qualité relationnelle reste à améliorer dans certaines maternités.

DISCUSSION

Une politique d'exemption des frais d'accouchement, à elle seule, reste insuffisante pour assurer un accès équitable aux services de santé. En effet au Maroc, la tendance à la hausse des accouchements en milieu surveillé et des césariennes a été amorcée 10 ans auparavant, y compris pour la catégorie pauvre et ne peut être attribuée de ce fait uniquement à la PGAC.

Il faut noter que l'augmentation du taux de césarienne en secteur privé pour la catégorie riche a induit une fausse impression d'iniquité entre catégories.

La PGAC a été implantée de manière centralisée sans mesures effectives d'accompagnement (sans instructions et sans informations pour le personnel chargé de l'exécuter). L'adoption de la politique par les gestionnaires et les prestataires a cependant été globalement opérée d'une part, parce que les politiques sont habituellement ainsi exécutées (fort pouvoir central), et d'autre part parce que le personnel semble convaincu de l'importance de la gratuité pour la population et que cette politique a induit peu de changement dans les pratiques courantes des acteurs locaux.

Les éléments prévus dans le paquet de la PGAC n'ont pu éliminer tous les frais inhérents à l'accouchement et à la césarienne. L'ordonnance à la sortie et le transport restent les principaux frais encore à la charge des ménages.

La qualité technique de la prise en charge est satisfaisante pour la mère mais reste à améliorer pour le nouveau-né. En l'absence de données antérieures, ces résultats ne peuvent cependant confirmer que la qualité a été influencée par la PGAC.

La charge de travail perçue par le personnel de santé est considérée comme s'étant accrue avec une conséquence négative sur la qualité des soins.

Dans le cadre de la PGAC, aucun type d'incitatifs n'a été institué pour le personnel.

RECOMMANDATION

Les décideurs, les chercheurs et les gestionnaires de soins sont interpellés par les résultats du projet.

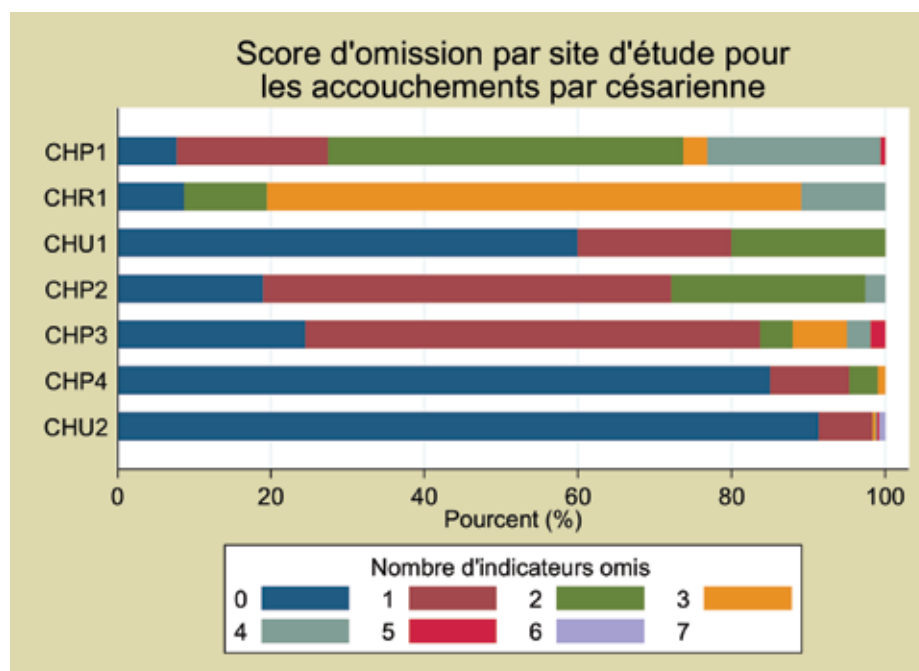
Certaines recommandations issues des résultats de la recherche ont déjà été incluses dans le plan d'action du ministère de la Santé 2012-2016.

Néanmoins, nous tenons à souligner l'importance de certaines d'entre elles

Pour les décideurs:

- Renforcer les interventions axées sur les populations vulnérables et mettre en place des interventions spécifiques pour les plus pauvres, notamment en zones enclavées.
- Renforcer la PGAC en attendant la généralisation de la couverture universelle : cette politique ciblée garantit la prise en charge des parturientes non éligibles aux autres modes de couverture sanitaire pendant cette période de transition.
- Avoir une formulation claire de la politique et des procédures de mise en œuvre et d'accompagnement bien établies.
- Renforcer le stewardship et définir des mécanismes de suivi et évaluation de la mise en œuvre de la politique et de ses effets sur le système de santé local.
- Accorder aux nouveau-nés plus d'importance à travers des actions ciblées visant les ressources humaines compétentes et les structures équipées.
- Intégrer l'ordonnance à la sortie dans le paquet de soins.
- Rendre les maisons d'accouchements de proximité attractives (qualité technique, confort, intimité) afin de pallier le court-circuitage de la filière des soins.
- Optimiser un transfert de qualité : le rendre disponible dans toutes les maisons d'accouchement et accompagné par un personnel qualifié.
- Augmenter le nombre des postes budgétaires et organiser la formation continue de tout le personnel impliqué.
- Multiplier et répéter les actions de sensibilisation concernant les prestations liées à la PGAC auprès des parturientes, gestionnaires locaux et les professionnels de santé.

Tableau 2



Pour les gestionnaires de soins:

- Améliorer l'enregistrement des informations au niveau des dossiers médicaux et l'instituer d'une façon systématique.
- Assurer la qualité du système d'information à tous les niveaux.
- Constituer une base de données sur les parturientes et nouveau-nés near-miss pour les utiliser en particulier dans le cadre de l'audit clinique.
- Procéder à l'écoute des professionnels et de la population en continu pour adopter des pratiques managériales correctrices afin d'améliorer la prise en charge des parturientes et de leurs nouveau-nés.
- Former les prestataires de soins en développement personnel et en communication interpersonnelle.
- Coordonner entre structures pour diminuer les références abusives.
- Améliorer la disponibilité des services par l'application du décret de garde, particulièrement dans les sites où les gynécologues ne résident pas sur place.

Pour les chercheurs:

- Mener d'autres études afin d'améliorer la production des indicateurs de qualité, issus du système de routine vu leur disponibilité et les tester dans différents contextes pour augmenter leur validité.
- Conduire des études pour approfondir certains aspects liés à l'utilisation et à l'offre des services (telle la pratique des césariennes en structures privées).

Contact : Chakib Boukhalfa
 Coordinateur Projet FEMHealth (Maroc)
 chakib.boukhalfa@gmail.com
 Tél: +212 537 683 161/162
 ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique)
 Rabat

