Politiques d'exemption pour les services de santé maternelle : Atelier technique sur le paquet de soins

17 au 19 novembre 2011, Bamako (Mali)

Rapport

Communauté de pratique Accès Financier aux soins de santé

Dégagement de responsabilité

Les opinions techniques exprimées lors de l'atelier et dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement les points de vues des agences HHA ou d'autres organismes participants.

Cet atelier a été co-organisé par la CoP FA, FEMHealth (Projet FP 7, Commission Européenne, Direction Générale Recherche), et l'USAID/Health Systems 20/20 avec l'appui de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'Initiative du Leadership Ministériel, de la Banque Africaine de Développement, et de ECHO/HELP.

Ce rapport a été rédigé par Magali Romedenne (rapporteuse pour l'atelier), Allison Kelley, Fabienne Richard, Yamba Kafando et Isidore Sieleunou. Il a bénéficié des commentaires précieux de Guy Clarysse, Luc de Bernis, Christine Ortiz et Bruno Meessen.

ACRONYMES

AMI	Assurance Maladie indépendante
AMO	Assurance maladie obligatoire
ASACO	Association de santé communautaire
BAD	Banque Africaine de Développement
CdP AFSS	Communauté de Pratique Accès Financier aux Services de Santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
DIFID	UK Department for International Development
DRS	Direction de la santé de la reproduction
FCFA	Franc communauté financière africaine
GEU	Grossesse extra-utérine
HHA	Harmonization for Health in Africa
NHIS	National Health Insurance Scheme
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PBF	Performance-based financing
RAMED	Régime d'assistance médicale
SAMU	Service d'aide médicale urgente
UNAIDS	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United State Agency for International Development

TABLE DES MATIERES

Résumé 5

I. Introduction 8

II. Processus de décision et formulation de la politique d'exemption 10

III. Mise en œuvre du paquet de services 16

IV. Consolidation-Pérennisation 18

V. Pistes de recherche 20

VI. Etapes suivantes 23

VII. Conclusion 25

Annexes 27

Annexe 1 : Résumés des présentations 28

Annexe 2 : Agenda 41

Annexe 3 : Liste des participants 43

Résumé

Ces dernières années, les pays africains ont connu une dynamique politique forte afin d'améliorer l'accès financier aux services de santé. Au début des années 2000, des politiques d'exemption ont été lancées en Afrique de l'Ouest pour des pathologies spécifiques telles que le VIH, le paludisme et la tuberculose ; ou pour des groupes cibles de personnes particulièrement vulnérables comme les femmes enceintes, et les enfants de moins de cinq ans.

Un défi majeur est que ces politiques nationales ont été mises en œuvre rapidement, à l'échelle nationale, sans planification d'un volet d'évaluation de leur impact et qu'il est donc difficile d'observer les effets attribuables à ces politiques.

Au-delà des défis d'évaluation d'impact, des évaluations du processus ont déjà eu lieu et de nombreuses questions sont soulevées par les bénéficiaires, les prestataires de soins et les techniciens des ministères de la santé concernant les services qui devraient être couverts par les politiques d'exemption ciblant les femmes enceintes et les stratégies permettant de faire bénéficier les plus pauvres de ces exemptions.

L'atelier de Bamako a réuni 10 pays (dont 4 anglophones et 6 francophones) ayant mis en œuvre une politique d'exemption pour les services de santé maternelle. Les échanges entre les acteurs de tous les niveaux (terrain, national, clinicien, décideur, chercheur, société civile) lors de l'atelier ont permis de souligner les points suivants :

A. formulation de la politique :

- La formulation d'une politique d'exemption doit être le résultat d'une analyse globale des causes de la mortalité maternelle, qui vérifie et cherche à comprendre l'ensemble des goulots d'étranglement limitant la couverture adéquate, c'est-à-dire des goulots possibles liés à l'offre, à la demande et à la qualité des services et interventions.
- La formulation d'une politique doit tenir compte des politiques d'exemption déjà existantes dans le pays pour avoir une vision globale de la couverture des services/populations ciblés et pour favoriser des synergies entre les différentes politiques. Ceci est d'autant plus important pour éviter une juxtaposition de politiques d'exemption complexifiant la mise en œuvre au niveau opérationnel et alourdissant le suivi/évaluation par la mise en place d'outils de gestion et de suivi séparés.
- Les objectifs de la politique d'exemption pour les services de santé maternelle doivent être très clairs et précis sur comment ils augmenteront avec efficacité, efficience, équité, et continuité la prise en charge des bénéficiaires ciblés.
- Le processus de décision et de consultation est une étape cruciale lors de la formulation des politiques d'exemption. Ces décisions ont souvent été prises dans la précipitation, sans prendre toujours le temps de la réflexion et du dialogue avec toutes les parties

concernées. Pourtant une formulation insuffisante entraîne des difficultés réelles dans la mise en œuvre et il est important de laisser le temps et la marge de manœuvre aux techniciens pour élaborer un projet cohérent qui limite les risques de dégradation de la qualité des soins.

- Bien que la volonté politique soit une condition indispensable pour la réussite de ces stratégies, de la formulation jusqu'à la mise en œuvre, il est indispensable d'assurer l'adhésion de tous les acteurs (techniciens, prestataires, gestionnaires, représentants de la société civile) aussi bien au niveau central que périphérique.
- Le contexte local, les expériences et les initiatives déjà prises dans le pays, doivent nécessairement être pris en compte (le copier-coller ne marche pas).
- La formulation des politiques d'exemption pour les services de santé maternelle doit s'appuyer sur la preuve scientifique pour définir le paquet de soins à considérer et être basée sur une estimation détaillée du coût de la politique.
- Un cadre légal (loi, décret) doit être mis en place et un document de mise en œuvre très précis avec un calendrier, des échéances, des indicateurs à suivre doit être développé.
- Un système de rapportage acceptable pour les acteurs est à prévoir, intégré au système d'information sanitaire de routine, afin d'éviter autant que possible les supports de données parallèles.

B. Mise en œuvre :

- Les documents de mise en œuvre doivent être précis et suffisamment disponibles pour tous les acteurs de la politique. Faute de quoi, (dans certains pays ils n'existent pas) la définition du paquet des soins concerné par l'exemption peut alors être interprétée différemment (parfois intentionnellement) par le personnel et les usagers.
- Des mesures d'accompagnement pour le personnel et pour le renforcement du système de santé en général (équipements, infrastructures, gestion,…) doivent être prévues.
- Un plan de communication doit être mis en œuvre jusqu'aux niveaux périphériques.
- Il faut documenter le processus. Le manque de visibilité sur l'évolution du processus empêche les ajustements de ces politiques limitant les possibilités de corrections que les acteurs pourraient apporter.
- Le suivi et la coordination entre les acteurs pendant la mise en œuvre, et l'évaluation de la stratégie adoptée sont indispensables pour être réactif et régler les problèmes rencontrés au fur et à mesure et mesurer l'impact obtenu.

C. Pérennisation de la politique :

- Il faut un aller-retour systématique entre les décideurs politiques et les techniciens avec une priorité aux évidences. La réussite dépend de l'engagement de chaque acteur dans son rôle.
- La politique d'exemption doit être intégrée dans un plan national de réduction de la mortalité maternelle et infantile pour assurer la pérennisation des résultats tout en documentant les résultats obtenus (évaluation de qualité) et les communiquant à la société civile.

- Une politique d'exemption est une étape, une transition vers la couverture universelle des soins de santé. Cette politique devrait aller de pair avec d'autres stratégies pour y arriver, des systèmes assurantiels (mutuelles ou autres), des fonds de solidarité, etc. Il est donc conseillé de songer dès le début aux liens entre la politique d'exemption et d'autres mécanismes de financement et à une transition éventuelle tout en maintenant les acquis.

I. Introduction

En mai 2009, certaines agences internationales (la BAD, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, USAID, OMS et la Banque Mondiale) se sont réunies dans le cadre de HHA (Harmonisation pour la santé en Afrique) et ont convenu de mieux coordonner leurs efforts dans la gestion des connaissances et leur soutien au renforcement des systèmes de santé et des politiques s'y référant. Lors de cette réunion, une stratégie de « communauté de pratique » (CdP) a été initiée avec l'intention de promouvoir et de capitaliser les connaissances et l'expérience des experts africains concernés.

En novembre 2010, avec une quinzaine de pays africains, les agences HHA ont conjointement convenu d'établir une communauté de pratique sur la question de l'accès financier aux services de santé. Cette CdP a comme objectif de renforcer et dynamiser les connaissances par le biais de différentes stratégies dans le but de réduire les barrières financières à l'utilisation des services de santé rencontrés par les africains. La CdP fonctionne par le biais de différentes activités, y compris des activités virtuelles (échanges et discussions sur un Google group) et des activités face à face (organisation d'ateliers), tels que celui-ci. Cet atelier technique sur les politiques d'exemption pour la santé maternelle présenté dans cette note a été identifié comme une priorité pour 2011 lors de l'atelier organisé à Dakar en novembre 2010.

Objectifs de l'atelier technique :

1. Partager les expériences des pays dans la formulation de politiques et analyser les critères de sélection qui a conduit au choix du paquet de services couvert par la politique (preuves scientifiques, choix de la politique nationale, pression de donneur...).
2. Partager les expériences des pays en termes de mise en œuvre et analyser les facteurs expliquant la différence entre ce qui était prévu et ce qui a été effectivement mis en œuvre.
3. Produire des recommandations sur le contenu du paquet de services couvert par la politique d'exemption et sa mise en œuvre.
4. Lancer une dynamique régionale durable d'échange de connaissances sur les questions d'intérêt, en plaçant les praticiens au cœur de la dynamique du réseau.

Ce document commence par mettre en évidence les leçons apprises tout en les documentant grâce aux expériences partagées lors de l'atelier et ce pour chaque étape : processus de la formulation, mise en œuvre, consolidation et pérennisation. Pour chacune des étapes, des recommandations sont aussi proposées. Les résumés des présentations faites lors de la réunion sont disponibles en annexe 1 pour complément d'information.

L'agenda et la liste des participants sont accessibles dans les Annexes 2 et 3. Toutes les présentations et résultats de la réunion sont aussi accessibles sur la plateforme internet de la Communauté de Pratique : http://www.hha-online.org/hso/financing.

Méthodes de l'atelier

Dans la phase préparatoire, la CdP et FEMHealth ont mené une enquête auprès de 11 pays africains (les 10 invités plus le Burundi) pour mieux comprendre les contours, les coûts, et le financement des politiques d'exemption pour les services de santé maternelle. Les résultats de cette enquête ont servi de base pour l'élaboration des « fiches pays » distribuées à tous les participants, et pour des présentations de synthèse au début de l'atelier.

Six pays francophones (Bénin, Burkina, Mali, Maroc, Niger, Sénégal) et 4 pays anglophones (Ghana, Kenya, Nigeria, Sierra Leone) soit au total dix pays ont pris part à cet atelier.
L'atelier a regroupé au total 70 participants parmi lesquels des techniciens du niveau central, des prestataires de soins, des chercheurs, des représentants de la société civile, des partenaires techniques et financiers. L'atelier avait comme objectif de maximiser la discussion et l'échange entre les participants et entre les pays. Pour ce faire, le nombre et le temps consacré aux présentations formelles étaient limités. Afin d'examiner en profondeur l'expérience de quelques pays ayant mis en œuvre une politique d'exemption pour les services de santé maternelle, six pays ont été désignés pour intervenir en plénière en se focalisant sur une phase: la formulation; la mise en œuvre, ou la consolidation. D'autres méthodes ont été utilisées pour favoriser les échanges entre les pays, comme les travaux de groupe en pays « pairs », et entre les différents acteurs présents (gynécologues, sages-femmes, chercheurs, décideurs), les tables rondes et les discussions en panel.

Le dernier jour de l'atelier, chaque pays a restitué un plan d'action des actions prioritaires à mettre en place suite à l'atelier.

II. Processus de décision et formulation de la politique d'exemption

Pendant les cinq dernières années, beaucoup de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont progressivement pris des mesures pour améliorer l'accès financier de la population aux soins de santé maternelle et infantile. Ces politiques d'exemption et de gratuité pour les services de santé maternelle et infantile ont principalement été développées dans le contexte des Objectifs du Millénaire pour le Développement renforcé par la déclaration de Paris et l'allégement de la dette, ce qui a permis à certains pays comme le **Nigeria** d'allouer plus de budget dans le secteur social, y compris dans le secteur de la santé.

Comme démontré dans les publications, le contexte électoral a aussi joué un rôle important en faveur des décisions présidentielles parfois de manière trop rapide et impulsive. Il ressort très clairement des discussions que ***les politiques doivent laisser le temps et la marge de manœuvre aux techniciens*** (6 à 12 mois pour une bonne formulation d'une politique d'exemption). Au **Burkina Faso**, par exemple, le décret n'est arrivé qu'un an après la décision présidentielle ce qui a permis de mettre en place les mécanismes nécessaires pour sa mise en œuvre. L'expérience du **Maroc** est très intéressante et démontre les avantages de l'implication effective des techniciens lors des discussions de formulation des politiques dès le début. Lorsque la Ministre, nouvellement nommée à ce poste, a décidé que la réduction de la mortalité maternelle et infantile serait sa priorité, elle a tout d'abord fixé comme objectif très ambitieux de réduire de plus de 50% les taux de mortalité maternelle et infantile. C'est grâce aux nombreuses discussions et à l'arbitrage entre techniciens et la Ministre qu'un objectif plus réaliste a pu être redéfini et que l'élaboration d'un plan d'action a pu tenir compte des différents points de vue des acteurs et des réalités du terrain. L'annonce officielle de la politique n'a été rendue publique qu'une fois tous les paramétrages discutés avec les techniciens.

Cette approche lente et réfléchie n'a pourtant pas été le cas dans d'autres pays comme au **Mali** où l'annonce présidentielle a été faite suite au Conseil des Ministres en 2005 sans donner aucune autre précision. Les techniciens, qui exerçaient dans un contexte bien établi de recouvrement des coûts depuis longue date, ont dû faire face à la demande accrue et immédiate pour des services gratuits sans pour autant en connaître tous les tenants et aboutissants. Ils n'ont pu réagir et partager leurs points de vue que dans un deuxième temps. On peut observer une même dynamique au **Bénin** où les techniciens ont dû répondre directement à un décret annoncé dans la précipitation. Au **Ghana**, lorsque l'annonce d'exemption pour les soins de santé maternelle a d'abord été lancée, celle-ci était formulée de façon verticale. Mais au fil du temps les techniciens ont pu progressivement réorienter la politique vers une intégration de cette gratuité dans le régime d'assurance santé national mis en œuvre depuis 2005.

Il parait aussi évident que ***la volonté politique est une condition de réussite de la formulation jusqu'à la mise en œuvre***. Elle est essentielle non seulement pour la prise de décision d'une telle politique mais elle est indispensable pour motiver et porter cette réflexion tout au long du processus. Cette volonté politique s'est montrée influente dans tous les pays sans exception malgré qu'elle puisse être dynamisée de manière différente en fonction du contexte national. En effet, on peut observer que certains pays comme le **Ghana** et le **Nigeria** ont profité de l'engagement politique existant par rapport au régime national d'assurance santé (NHIS). Les mécanismes existants ont alors été renforcés pour mettre en place la gratuité. Au **Nigeria**, c'est le bureau des OMD déjà en place qui a en plus alloué des fonds pour le lancement de la politique. Les ressources humaines et les moyens dévolus à la mise en place et au suivi de la politique d'exemption sont très différents selon les pays : par exemple au **Burkina**, ce sont les techniciens qui travaillaient déjà à la Direction de la Santé de la Famille qui ont été chargés du suivi (cellule de suivi intégrée) alors qu'au **Bénin** il a été fait le choix de créer une nouvelle direction générale – l'Agence Nationale de la Césarienne Gratuite (ANGC) avec plusieurs directeurs et des frais de fonctionnement conséquents (236 millions FCFA en 2010). La volonté politique peut aussi être encouragée et entretenue par les partenaires techniques et financiers (PTF) mais malheureusement ils ne sont pas toujours présents pour soutenir les gouvernements dans la mise en œuvre et le financement de telles politiques. Au **Niger**, c'est sous l'influence et le lobbying de la Banque Mondiale que la décision a été prise. En **Sierra Léone**, DFID, Oxfam et Amnesty International ont fait plusieurs campagnes pour les soins gratuits. La délégation de Sierra Léone a raconté comment la boite email du Ministère de la Santé a été bloquée pendant plusieurs jours avec tous les mails reçus des sympathisants d'Amnesty International dans le cadre de leur campagne contre la mortalité maternelle et l'accès à des soins gratuits, sans compter les 5000 lettres reçues par la poste.

Il est évident qu'***une formulation insuffisante entraîne des difficultés lors de la mise en œuvre de ces politiques***. Ceci se remarque principalement par les difficultés rencontrées dues au manque de précisions et de cohérence lors de la définition du paquet de services exemptés sans qu'il y ait eu au préalable une analyse approfondie des effets pervers qui pourraient en découler. Un des exemples le plus flagrant est sans doute l'augmentation des césariennes non-justifiées qui s'observe principalement dans les pays où la gratuité de la césarienne est menée de manière isolée sans aucune autre mesure d'exemption. Ceci est observé notamment au **Sénégal** où *'les chirurgiens ont le bistouri facile'* motivés par le pourcentage non négligeable de gain supplémentaire perçu par césarienne. Alors que la césarienne augmente le risque de mortalité et de complications sévères chez la mère, elle ne répond pas à elle seule aux complications obstétricales.

Le contenu des paquets de services est différent d'un pays à l'autre mais le point commun entre toutes ces politiques est la prise en charge de la césarienne (Tableau 1). La majorité des politiques s'applique à toute la population de femmes enceintes sans tenir compte de leurs revenus ; à l'exception du **Kenya** où la politique cible uniquement les femmes enceintes pauvres. Certaines décisions prises lors de la formulation sont parfois incohérentes et suscitent des complications inutiles, voire des frustrations aussi bien parmi les prestataires de

soins que par les usagers. Au **Mali** la césarienne est prise en charge gratuitement, ainsi que les complications obstétricales directes (pendant la grossesse et pendant le travail), mais les autres actes chirurgicaux en dehors de la césarienne (grossesse extra-utérine, laparotomie pour rupture utérine, hystérectomie) ne sont pas prise en charge. Au **Sénégal** et au **Bénin**, les ruptures utérines/les hystérectomies, et les grossesses extra-utérines n'étaient pas non plus prises en charge dans la première version de la politique, mais ont été ensuite intégrées après une première évaluation (hystérectomies pour le Sénégal et hystérectomies et GEU pour le Bénin).

Tableau 1 : Services couverts par les politiques d'exemption

	Maroc	Burundi	Ghana	Burkina-Faso	Kenya	Nigéria	Sierra Leone	Sénégal	Mali	Niger	Bénin
Soins prénataux											
Accouchements											
Episiotomie											
Complication pendant la grossesse				CD	CD				CD		
Complication pendant le travail											
Césarienne											
Autres chirurgies								Hystér.		Hyst+GEU	Hyst+GEU
Soins postnataux											
Complications postnatales											
Planning familial postnatal											
Soins post-avortement simple											
Soins post-avortement compliqué											
Soins au nouveau-né											

couvert par une autre politique d'exemption ou de subvention

CD = complications obstétricales directes
Hystér = hystérectomie

La composition des kits, lorsque ceux-ci sont inclus comme élément de la stratégie, doit être rationalisée en utilisant les médicaments génériques et les protocoles de soins respectant les standards de soins. L'utilisation de kits peut favoriser la rationalisation des soins et la standardisation des procédures mais c'est le système d'approvisionnement des kits qui doit être bien pensé pour éviter les ruptures de stocks. L'envoi de kits dans les districts par le niveau central peut représenter, sous couvert de la simplifier, une stratégie aboutissant à un affaiblissement et non un renforcement de la chaîne d'approvisionnement en produits. Les districts étant dépendant des envois du niveau central (produits arrivant à la date d'expiration lors de leur réception dans les districts, comme vu au Mali ou délais dans la livraison liés à des problèmes de transports). Le Burkina Faso utilise un système de kits pour les urgences obstétricales dans les hôpitaux de référence, mais ce sont des kits fabriqués sur place à l'aide de la subvention nationale reçue sous forme de transfert financier dans les districts ce qui laisse une plus grande marge de manœuvre. Le système d'approvisionnement des médicaments qui constituent les kits pour les urgences obstétricales au Burkina est le même que pour le reste des médicaments, ce n'est donc pas un système parallèle. Les kits

permettent de gagner du temps en cas d'urgence pour la délivrance des produits par le dépôt pharmaceutique de l'hôpital (kit césarienne, kit hémorragie, kit éclampsie,…)

Les frais de transport ne font pas souvent partie des coûts exemptés, ce qui n'a pas toujours été suffisamment détaillée et/ou compris par les communautés et les prestataires. Le transport entre deux structures de soins (transport pour la référence/évacuation est pris en charge dans 5 pays sur 11). Au Mali, l'Etat n'intervient pas dans le transport et ce sont les caisses de solidarité préexistantes à la politique d'exemption qui devaient l'assurer. Les caisses de solidarité sont organisées localement alors que la gratuité est venue de haut en bas et il n'y a pas eu de discussion préalable pour voir comment peuvent s'articuler les deux processus de façon efficiente. En pratique cela ne marche pas bien, les communautés pensant qu'elles ne devaient plus contribuer aux caisses de solidarité après l'annonce de la gratuité. L'introduction de la politique d'exemption au Mali a réduit la raison d'être des caisses de solidarité au transport seul (avant les ASACOs prenaient en charge une partie des coûts de la prise en charge de la complication ET du transport). Par conséquent cette nouvelle politique telle qu'introduite au Mali a désolidarisé les ASACOs et bénéficiaires proches de l'hôpital de référence par rapport à ceux vivant loin de l'hôpital. Aussi, avant l'introduction de la gratuité, la gestion des caisses de solidarité incluait des réunions d'évaluations opérationnelle et programmatique du système de référence autour de la périnatalité ; ces réunions se faisaient avec tous les acteurs et ainsi poussait à augmenter la responsabilité de chaque partie. Ceci montre aussi l'intérêt d'une bonne analyse de situation pour articuler la nouvelle politique avec les systèmes existants et d'un test de l'initiative avant de le mettre en œuvre à l'échelle nationale directement.

Le transport entre le domicile et les maternités périphériques n'est quasi jamais pris en charge. Et même dans les pays où le transport est pris en charge, c'est l'aller seulement qui est financé, les patientes ne sont pas pris en charge pour rentrer à la maison. Des initiatives prometteuses méritent d'être mieux documentées : Par exemple le **Maroc** est en train de mettre en place un SAMU Obstétrical et néonatal dans certaines régions rurales d'accès difficile. Au **Ghana**, dans certaines régions le transport des femmes en travail de la résidence vers les formations sanitaires est assuré par des taxis privés qui se font ensuite remboursés dans un second temps.

Une mauvaise définition du contenu des kits de césarienne peut aussi entraîner des difficultés lors de la mise en œuvre des politiques d'exemption. Au **Niger** par exemple, il n'existe pas de définition standard du contenu des kits et ceux-ci varient selon les partenaires techniques et financiers qui les fournissent directement vers le niveau périphérique. Par contre au **Sénégal** où le kit a été discuté et défini par la Direction de la Santé de la Reproduction (DSR), on peut observer néanmoins qu'il y a un ajout de certains produits non-justifiés dans les kits.

Tous ces aléas rencontrés sont principalement dû au manque de directives détaillées qui permettent à chaque acteur de connaître ses responsabilités, son rôle, ses devoirs et ses droits. Certains pays comme le **Niger** n'ont pas de document officiel détaillant le contenu du paquet

et les différentes étapes opérationnelles de la mise en œuvre. Les documents que l'ont peut trouver détaillant la politique sont ceux écrits par des ONG comme Médecin du Monde.

La communication pour l'adhésion des acteurs est cruciale. Tous doivent jouer un rôle à chaque étape de la prise de décision à la formulation jusqu'à la mise en œuvre. L'enjeu est différent pour chaque acteur : leurs compétences et opinions mais surtout leur adhésion et motivation sont des éléments indissociables pour la réussite lors la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé.

En conclusion, ***il faut une bonne balance entre « vouloir profiter de l'impulsion et du contexte favorable au niveau national et international » et « laisser le temps nécessaire pour une formulation de qualité ».*** Il ressort très clairement des expériences et des discussions que ces politiques ne peuvent répondre au problème d'accessibilité à elles seules et qu'une intégration est indispensable dans un cadre plus large de réduction de la mortalité maternelle et infantile. La formulation basée sur les évidences et la documentation efficace de ce processus sont autant d'atouts qui renforceront la mise en œuvre et la pérennisation des politiques d'exemption. Il existe une tension entre l'impulsion politique de décréter une politique d'exemption, et le temps nécessaire pour avoir une bonne base d'évidence dans sa formulation.

Recommandations pour la formulation des politiques d'exemption

Processus de décision et de consultation :

- ✓ Impliquer les différents acteurs (techniciens, prestataires, gestionnaires, représentant de la société civile) et des différents niveaux (central et périphérique) dans toutes les étapes de la prise de décision et de la formulation
- ✓ Tenir compte du contexte local (le copier-coller ne marche pas)
- ✓ Tenir compte des expériences précédentes et des initiatives déjà en place dans le pays

Formulation de la politique :

- ✓ S'appuyer sur l'évidence scientifique pour définir le paquet de soins
- ✓ Faire une estimation détaillée du coût de la politique
- ✓ Rationaliser la composition des kits en utilisant les médicaments génériques et les protocoles de soins respectant les standards de soin
- ✓ Mettre en place un cadre légal (loi, décret)

- ✓ Avoir un document de mise en œuvre très précis avec un calendrier, des échéances, des indicateurs à suivre
- ✓ Prévoir un système de rapportage supportable par les acteurs (éviter trop de supports de données parallèles)

III. Mise en œuvre du paquet de services

Nul ne conteste le bien-fondé des politiques d'exemption aussi bien du point de vue de la communauté que celui des prestataires de soins mais, comme décrit ci-dessus, les politiques faiblement formulées mettront en exergues les faiblesses du système de santé existant et peuvent aussi fragiliser des mécanismes qui fonctionnaient pourtant auparavant.

Parmi les faiblesses et difficultés récurrentes observées lors de la mise en œuvre, il faut retenir :

- Les barrières géographiques qui restent une faiblesse des politiques d'exemption pour atteindre les populations les plus démunies. Les stratégies de correction peuvent être le SAMU obstétrical (Maroc), le partenariat avec les taxis (Ghana), l'inclusion du transport dans le paquet de services.
- La qualité des services reste le souci majeur et peut se voir fragilisée par une augmentation soudaine de la demande et/ou la lourdeur bureaucratique qui surcharge le personnel et détourne le personnel soignant de sa tâche principale.
- Les ressources humaines doivent pouvoir se retrouver et trouver un intérêt quel qu'il soit pour éviter toute démotivation ou détournement et abus en tout genre. La motivation du personnel reste un élément clef dans la mise en œuvre des politiques et doit être pris en compte à chaque étape.
- Les infrastructures et les équipements vétustes, surenchéris par la pénurie de médicaments sont autant de faiblesses observées lors de la mise en œuvre de la plupart des politiques d'exemption.
- Le manque de cadre de suivi et d'évaluation et l'absence de données de base fragilisent aussi l'analyse et le suivi de la mise en œuvre et limitent l'impact du choix des mesures correctrices.
- La coordination n'est pas toujours efficace entre toutes les parties prenantes et ce à tous les niveaux de la pyramide décisionnelle et sanitaire.
- Le manque de communication bien structurée et ciblant tous les acteurs et les groupes de la population entraîne aussi une confusion aussi bien de la part des usagers que des prestataires de soins.

Il est important de mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation participatifs et de diffuser les résultats de ces évaluations aux différents acteurs car ***le manque de visibilité sur l'évolution du processus empêche les ajustements de la politique***. Le manque de phase pilote peut aussi être perçu comme une faiblesse en vue de la mise en œuvre de telle politique. Sur les 11 pays enquêtés lors de l'étude, 4 ont eu une phase pilote (Ghana, Kenya, Nigeria, Sénégal).

Ceci étant dit, il est tout aussi évident que les différents acteurs des pays ont su s'adapter et trouver des solutions pour faire avancer les politiques d'exemption. En **Sierra Leone**, un processus de consultation a été fortement encouragé dès le lancement de l'initiative. Les

acteurs clés ont été impliqués, y compris les leaders religieux, les chefs traditionnels et communautaires, etc. Le processus de mise en œuvre a mis en évidence les faiblesses du système de santé et a permis de mettre en place des mesures correctrices.

Au **Maroc**, le processus de mise en œuvre a été organisé en quatre phases permettant la mise en place de mécanismes de diagnostic des problèmes (les audits des maternités et des maisons d'accouchement, ainsi que les audits maternels avec la mise en place d'un comité d'experts jouent un rôle considérable dans ce processus) et de proposer des réajustements progressifs:

1) La phase de lancement (2008) avec plaidoyer, mobilisation du financement, ancrage administratif, mise en place des équipes opérationnelles, mobilisation socioprofessionnelle (meetings/Médias) et élaboration des outils
2) La phase de déploiement (2009) avec la mise en place de la gratuité, des subventions, des outils techniques et la formation des équipes
3) La Phase d'enrichissement (2010) avec la mise en place des recommandations des audits/comité experts
4) Et finalement, la phase de suivi des progrès (2009 et plus)

Comme nous l'avons vu précédemment, ***l'adhésion des prestataires est primordiale pour la réussite des politiques d'exemption*** et ceci doit comprendre aussi bien les prestataires du secteur public que du secteur privé prenant en compte les différences de motivations qui pourrait y avoir. Les ressources humaines sont le maillon central de ces politiques et il est indispensable d'assurer un nombre adéquat de personnel qualifié. Il faut trouver des solutions par rapport à la surcharge de travail qui pourrait survenir suite à l'augmentation de la demande. Il faut assurer que les procédures administratives ne détournent pas le personnel soignant de ses tâches principales. Il faut aussi trouver des incitations (pas uniquement salariales) qui puissent motiver le personnel voire compenser certains avantages que se seraient vus diminuer ou disparaître suite à la mise en œuvre des politiques d'exemption.

Recommandation pour la mise en œuvre du paquet de services

- ✓ Prévoir un plan de suivi et évaluation pour être réactif et régler les problèmes rencontrés au fur et à mesure.
- ✓ Mise en œuvre effective du plan de communication jusqu'au niveau périphérique pour favoriser l'adhésion des parties prenantes.
- ✓ Prévoir des mesures d'accompagnement pour le personnel et pour le renforcement du système de santé en général (équipements, infrastructures, gestion,…).

IV. Consolidation-Pérennisation

L'intégration des politiques d'exemption dans un cadre plus global - de financement de la santé et de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale - est sans doute la clef de la réussite et un passage obligé pour la consolidation et la pérennisation des acquis. C'est ainsi qu'au **Ghana**, la politique de gratuité de la césarienne, à l'époque une politique « verticale » est aujourd'hui intégrée dans le système national d'assurance maladie et dépendra donc de la pérennisation du NHIS. La consolidation et pérennisation de la politique d'exemption au **Maroc** s'articule quant à elle sur un plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à plusieurs volets ; notamment un système de surveillance des décès maternels, des efforts d'améliorer la qualité, le renforcement de la disponibilité, des compétences et de la motivation des ressources humaines, et la réduction des barrières d'accès aux soins. La mise en place généralisée du Régime d'assistance médicale pour les personnes les plus démunis (et non couvertes par les systèmes AMO ou AMI) en fin 2011 devrait permettre le renforcement du financement de la politique d'exemption pour les indigents.

La pérennisation doit aussi être vue sous l'angle du financement des politiques et la plupart des pays présents à l'atelier disposaient d'une ligne budgétaire nationale pour le financement des politiques, ce qui est un point fort à encourager.

La documentation des acquis et une dynamique de réflexions doit être stimulée tout au long du processus. Au **Nigéria**, une communauté de pratique nationale a ainsi été mise en place après avoir participé à la rencontre HHA de Dakar en Novembre 2010 sur l'amélioration de l'accès financier aux services de santé. L'objectif recherché est d'assurer la capitalisation des expériences d'exemption de paiement en cours, mais peu partagées à travers ce vaste pays. La plateforme d'échange comprend des rencontres de partage d'expériences, l'identification des leçons et des meilleures pratiques, la rédaction des notes destinées aux décideurs, la production des outils, et un site web dédié. **L'ONG Help** a mené des études de cas dans 7 pays de la région de l'Afrique de l'Ouest. Des ateliers régionaux ont permis aux équipes de ces pays d'échanger sur les politiques d'exemption. Ces échanges, aux niveaux national et régional, permettent de stimuler et de pousser la réflexion pour ainsi petit à petit trouver les réponses aux défis et de consolider ces politiques.

Recommandations pour la consolidation et la pérennisation

- ✓ intégrer la politique d'exemption dans un plan national de réduction de la mortalité maternelle et infantile et dans un cadre global de financement de la santé
- ✓ documenter le processus et les résultats obtenus (évidence !) et les communiquer au public

- ✓ gérer activement l'interface entre les partis prenants techniques et politiques
- ✓ situer dès le début la politique d'exemption dans un plan global de réduction de mortalité maternelle et néonatale et de financement de la santé, songeant aux transitions possibles pour rendre plus pérenne les acquis

V. Pistes de recherche

Comme nous venons de le voir, la recherche et la documentation des expériences sont nécessaires pour avancer vers le renforcement de ces politiques et une couverture universelle. Il y a beaucoup de travail pour les chercheurs et il existe un besoin urgent de collaboration entre les pays, les disciplines, les groupes, les langues, et même entre les Communauté de pratiques (CdP)! Ces CdP jouent un rôle important en soutenant et en encourageant la recherche et en permettant les échanges entre experts, chercheurs, techniciens et décideurs.

Lors des discussions, certaines pistes de recherches ont pu être dégagées pour le futur :

1. De manière générale :

- ✓ Pourquoi ces politiques d'exemption ont-elles été élaborées ?
- ✓ Quels sont les déclencheurs de ces politiques ?
- ✓ Qu'est ce qui a informé les différents choix des pays (analyse de la situation, recherche, priorités, etc.) ?
- ✓ Quelle était la prépondérance entre les facteurs internes et les facteurs externes ?
- ✓ Pour les transferts internationaux, quels étaient les mécanismes ?
- ✓ Allons-nous maintenant vers une approche plus juridique de la santé (droits de l'homme, de récentes modifications constitutionnelles, etc..) ?

2. Impact sur les ménages :

- ✓ Quel est l'impact de ces politiques d'exemption sur les dépenses de santé de ménages ?
  - Formel ; informel
  - Dans les secteurs public et privé,
- ✓ Quel est l'impact économique et social sur les ménages à court et à long terme?
  - Les 'gains' économisés par les ménages sont-ils réinvestis ?
  - Dynamique au sein des ménages et répartition des ressources
  - Relations sociales

3. Impact sur la santé

- ✓ Comment les politiques d'exemption ont-elles affecté la qualité des soins ?
- ✓ Comment ont-elles affecté l'utilisation des services de soins?
- ✓ Quelle est leur contribution pour diminuer le fardeau de la mortalité & de morbidité ?
  - Selon les services couverts
  - Atteignent-elles les groupes cibles
  - Avec des soins appropriés
- ✓ Dans quelle mesure ont-elles des effets indésirables (p. ex., surmédicalisation)?

4. Impact sur l'équité et l'accessibilité

- ✓ Comment les avantages de la politique sont-ils distribués pour les femmes les plus pauvres, les femmes dans les régions plus éloignées et les autres groupes marginalisés ?
- ✓ Ces politiques ont-elles traité les principaux obstacles de l'accessibilité ?
- ✓ Les politiques reposent-elles sur un consensus quant aux groupes prioritaires ?
- ✓ Comment ont-elles affecté les liens de solidarité sociale ?
- ✓ Comment ont-elles changé les perceptions de la communauté et la demande des soins?

5. Impact sur le personnel soignant

- ✓ Quelle était la qualité du travail fourni avant ? Quelle marge était là pour un effort supplémentaire ?
- ✓ Comment la suppression des paiements a-t-elle affecté les compensations financières?
- ✓ Comment la suppression des paiements a-t-elle affecté leurs compensations non financières et leur motivation ?

6. Impact sur les formations sanitaires

- ✓ Quelles sont les implications financières des politiques d'exemption sur les formations sanitaires?
- ✓ Comment est-ce que cela affecte la redevabilité?
- ✓ Comment elles s'adaptent aux menaces et opportunités existantes ?

7. Impact sur le système de santé

- ✓ Quel impact la gratuité des soins a-elle-eu sur le système de santé dans son ensemble?
- ✓ A-t-elle aidé à intégrer les services et le financement des services ou au contraire à les fragmenter?
- ✓ A-t-elle ajouté ou détourné les finances, le personnel et les ressources pour les autres services ?
- ✓ A-t-elle parvenu à catalyser le renforcement des systèmes de santé au sens plus large ?
- ✓ Comment les différents secteurs et prestataires ont-ils été affectés par ce changement ?

8. Quelles priorités?

- ✓ Lorsqu'il y a des fonds limités, quels services offrent-ils le meilleur rendement ?
- ✓ Quels critères ? (p. ex. une plus grande couverture par rapport à un paquet de services plus large) ?

9. Coûts et coût-efficacité

- ✓ Quels sont les coûts (totaux et marginaux) de ces politiques ?
- ✓ Quels sont les coûts de transaction ?
- ✓ Quelle est la rentabilité de ces politiques ?
  - Ceux-ci sont des politiques de financement, et donc ce ne sont pas les nouveaux services qui sont évalués mais le changement de l'incidence des coûts, et/ou de la distribution et/ou l'amélioration de la qualité.
- ✓ Comment les coûts marginaux et les avantages de ces politiques sont comparés aux autres utilisations alternatives des fonds
  - Frais localisées ; efficacité varie ; il faut aussi penser à la source de financement et comment les transferts peuvent être fait.

10. Pérennisation :

- ✓ Le coût peut-il être maintenu avec l'augmentation de l'utilisation/couverture ?
- ✓ Quel appui sera-t-il nécessaire, surtout après 2015 ?
- ✓ Quelle est l'adéquation entre les politiques d'exemption et les stratégies globales de financement de la santé ? (Sont-elles en compétition ou au contraire se complètent-elles ?
- ✓ Y a-t-il des synergies avec d'autres stratégies possibles (PBF, assurance maladie, décentralisation, etc.) ?

VI. Etapes suivantes

Finalement, les délégations des pays se sont retrouvées pour discuter et identifier les points d'action qu'ils voulaient mettre en œuvre à leur retour chez eux. Ci-dessous des éléments de ces plans d'action sont présentés. Nous espérons qu'ils seront complétés par les pays participants (fichiers non encore reçus des pays).

Bénin :

- ✓ Faire un plaidoyer pour amener les décideurs à intégrer les hémorragies du post-partum, les grossesses extra-utérines dans le paquet
- ✓ Plaidoyer pour un payement du forfait par niveau de la pyramide sanitaire pour éviter le surcoût pour les patients (aujourd'hui le niveau de remboursement par l'Etat est le même dans un hôpital de zone et dans un hôpital universitaire alors que la césarienne coute plus cher au CHU, il reste donc une partie à la charge de la patiente)
- ✓ Information et sensibilisation des acteurs de la société civile basée sur les évidences pour influencer la prise de décision.

Burkina Faso :

- ✓ Mobilisation de ressources additionnelles pour les activités de soutien, de mise en œuvre notamment la communication vers les prestataires et communication vers les bénéficiaires
- ✓ Motivation des prestataires dans ces différences mécanismes
- ✓ Implication des acteurs dans toutes les initiatives de recherche et de documentation.

Mali :

- ✓ Mener des activités de communication et de sensibilisation (en accord avec le comité de pilotage).

Maroc :

- ✓ Consolider toutes les actions entreprises dans le cadre de la stratégie 2008 -2012 en maintenant les 3 axes ciblés à savoir l'accès, la qualité des soins et la gouvernance.
- ✓ Mettre l'accent sur la réduction de la mortalité néonatale avec l'élaboration d'un plan d'action périnatal.

Sénégal :

- ✓ Rendre compte des conclusions de la conférence de Bamako aux différents acteurs susceptibles d'adhérer à la CdP
- ✓ Mettre en place une CdP AFSS au Sénégal

- ✓ Confier à Madame Denise Aplogan la mission de coordonner la CdP en attendant la structuration définitive
- ✓ Proposer le soutien de la CdP Sénégal aux autorités Sénégalaises pour mettre en place le Fonds national de solidarité.

Kenya :

- ✓ Améliorer la communication et le système d'information sanitaire de la base vers le niveau central

Ghana :

- ✓ Mener une évaluation pour apprécier les effets de la politique sur la mortalité maternelle

Nigéria :

- ✓ Consolider la CdP existante et partager les leçons apprises

Sierra Leone :

- ✓ Améliorer la politique par le biais des leçons tirées des évidences

La CdP propose de suivre l'évolution des plans d'actions prioritaires décidés par les pays lors de l'atelier. Le suivi se fera à travers la lettre d'information et le blog « Health Financing in Africa ». Ce sont notamment les personnes qui ont pris part à l'atelier technique de Bamako qui seront régulièrement invités à prendre la parole dans la lettre d'information pour faire le point de l'évolution dans la mise en œuvre de ces plans d'action et pour présenter les changements qui sont intervenus dans leurs politiques suite à l'application des plans d'action prioritaires.

La CdP compte organiser en 2012 des webchats avec les membres dans le but d'approfondir certaines thématiques liées à notre communauté de pratique. La thématique qui sera choisie par les membres pour la première discussion pourrait bien poursuivre les discussions de Bamako. Nous identifierons ensuite un expert qui répondra aux questions durant cette session de webchat.

Il est prévu d'organiser en 2102 un atelier conjoint sur le PBF et la gratuité avec la communauté de pratique PBF. Cet atelier devrait porter sur l'intégration entre « la gratuité des soins et le système du paiement basé sur la performance ». De plus en plus, beaucoup de pays africains adoptent le système du PBF en plus des politiques d'exemption ou de gratuité qui existent. Ces deux politiques sont-elles complémentaires ou contradictoires ? Faut-il les intégrer ou pas ? Les membres des deux communautés de pratique seront notamment conviés à réfléchir sur ces enjeux.

VII. Conclusion

Le premier but de cet atelier technique était de permettre au pays de **partager leurs expériences** en termes de formulation, mise en œuvre et pérennisation des politiques. Ce but a été atteint grâce à la méthodologie participative de l'atelier. L'évaluation finale de l'atelier par les participants a plébiscité l'approche « discussion par pays pair » qui a permis d'entrer en profondeur sur des détails techniques ce que les ateliers avec des formats classiques (présentation powerpoint suivi de discussions de 10 minutes) ne permettent pas.

Le deuxième objectif était de **fournir des recommandations** en termes de contenu des paquets de soins et mise en œuvre des politiques d'exemption. En termes de contenu de paquets de soins, même si chaque pays a ses particularités liées aux différences épidémiologiques et à l'organisation des services de santé, nous pouvons retenir qu'il est important :

1. d'inclure les mesures préventives de santé maternelle et infantile tels que le planning familial, les vaccinations, les soins prénataux, etc.
2. de renforcer les aspects de santé néonatale qui sont parfois négligés dans les politiques.

Il ressort très clairement des débats et de la revue de littérature que les politiques de gratuité de la césarienne ne peuvent répondre à elles seules aux problèmes de mortalités maternelle et néonatale mais doivent être au contraire intégrées dans des paquets de services qui répondent mieux aux besoins des femmes pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et dans le post-partum (notamment, il faut y inclure la prise en charge des complications maternelles en dehors de la chirurgie comme l'hémorragie de la délivrance ou l'infection puerpérale, et des complications néonatales comme la réanimation néonatale et l'infection). Il est également important de suivre l'évolution du taux de césariennes et le type d'indications pour éviter des césariennes non justifiées qui, dans un contexte de faible qualité des soins, peuvent être dangereuses et entrainer une surmortalité.

En ce qui concerne les politiques d'exemption, leur mise en œuvre n'est pas un but en soi et n'est pas forcément la solution recommandée pour tous les pays. C'est la réduction de la mortalité maternelle qui est visée via la levée des barrières financières et d'autres mécanismes peuvent être également efficaces (assurances, fonds de solidarité, mutuelles,…). Les membres de l'atelier ont redit l'importance de vision globale et de cohérence dans les mécanismes de financement et la nécessité de coordination entre tous les systèmes existants. Le but ultime est un système pérenne permettant un accès équitable aux services de santé pour les femmes enceintes (et le reste de la population). Les politiques d'exemption peuvent être vues comme une phase transitoire avant la mise en place de systèmes de couverture universelle. Les participants ont également reconnu que lever la barrière financière n'est pas

suffisante si la qualité des soins est insuffisante, voir si l'offre de soins n'est même pas présente (exemple de blocs chirurgicaux fermés ou non fonctionnels faute de chirurgien dans certains hôpitaux de districts dans des pays qui ont lancé la césarienne « gratuite »).

Le troisième objectif de l'atelier, lancer une **dynamique régionale** durable d'échange de connaissances sur les questions d'intérêt, a été atteint grâce à la participation des acteurs de tous les niveaux (terrain, national, clinicien, décideur, chercheur, société civile) venant de 10 pays (dont 4 anglophones et 6 francophones). L'atelier a été l'occasion pour ces acteurs d'échanger de vive voix et de mieux se connaître. Il est espéré que la dynamique créée pendant l'atelier comme les discussions en pays pair, va continuer et servira de tremplin pour approfondir et élargir les débats et le partage dans le Google group, le blog, et bien sur les échanges directs entre membres de la CoP. Sur ce point, les nombreux messages qui ont été échangés après la fin de l'atelier sur le Google group et le blog – et qui continuent encore maintenant – nous confirment que l'atelier a joué son rôle. Le défi est maintenant d'entretenir cette dynamique via l'invitation de certains membres à écrire des blogs, via l'utilisation de nouveaux formats de discussion comme le webchat.

Annexes

Annexe 1 : Résumés des présentations
Annexe 2 : Agenda
Annexe 3 : Liste des participants

Annexe 1 : Résumés des présentations

Jour 1 : 17 Novembre 2011 – La formulation des politiques d'exemption

Présentation 1 : Incidence des complications obstétricales, traitements et couts : une revue (Auteurs : Véronique Filippi (LSHTM, UK et Fabienne Richard ITM, Belgique) - Présentée par Fabienne Richard

Les politiques d'exemption sont nées d'une volonté des gouvernements d'atteindre les OMD 4 et 5 et ont été souvent proposées aux pays par la communauté internationale comme une solution à gain rapide, a « quick win », pour augmenter l'utilisation des services. Le but de ses politiques est de réduire les dépenses catastrophiques des ménages et de diminuer la mortalité maternelle et néonatale.

Cette présentation avait pour but de passer en revue ce qu'on connait sur les causes de mortalité maternelle, sur l'incidence des complications obstétricales, leurs prises en charge et leur coût afin d'éclairer les débats lors de l'atelier sur le choix du paquet de soins si on veut diminuer la mortalité maternelle et réduire les dépenses catastrophiques des ménages.

Les messages principaux de cette présentation sont :

- La majorité des femmes meurent de complications qui ne sont pas 'traitables' par une césarienne (comme l'hémorragie du post-partum, les complications d'un avortement provoqué, etc). La césarienne à elle seule ne permet pas de diminuer de manière significative la mortalité maternelle et l'effort doit être maintenu sur les autres éléments des soins obstétricaux d'urgence et sur l'assistance qualifié à l'accouchement.
- Si la césarienne revient cher aux familles car c'est un acte chirurgical, les traitements des autres complications obstétricales directes sont aussi chers : le traitement d'une infection, la prise en charge d'une éclampsie coutent aussi cher aux familles. Et rendre la césarienne gratuite ne permet pas de diminuer le risque de dépenses catastrophiques pour les femmes qui souffrent d'autres complications prises en charge de manière médicamenteuse.
- Les études réalisées par l'OMS en Afrique, Asie et Amérique Latine sur les modes d'accouchements et les résultats à court-termes pour la mère et le nouveau-né montrent que la césarienne augmente le risque de mortalité et de complications sévères pour la mère (admission dans une unité de soins intensifs, transfusion sanguine et hystérectomie). Les césariennes faites pour des raisons non médicales avant ou pendant le travail, en particulier en Afrique (problème de qualité des soins) mettent les femmes à risque de mourir ou de subir des complications graves (Souza 2010). Les femmes césarisées sont plus à risque lors des prochaines grossesses de faire une rupture utérine ou d'avoir un placenta praevia ou accreta.

En conclusion, nous pouvons retenir que si lever les barrières financières pour la césarienne permet de sauver des vies et de diminuer les dépenses catastrophiques pour les femmes concernées, cette stratégie isolée n'aura que peu d'effet sur les autres causes de mortalité maternelle. Conduit de manière isolée sans d'autres mesures sur les autres stratégies qui permettent de diminuer la mortalité maternelle, elle peut même conduire à une augmentation des césariennes non justifiée. Il est donc important de suivre l'évolution du taux de césariennes et leurs indications.

Présentation 2 : Les politiques d'exemption pour les services de santé maternelle : revue de 11 pays d'Afrique (volet 1), Fabienne Richard (ITM, Belgique) et Matthieu Antony (CERDI, France) - Présentée par Fabienne Richard

La CoP Accès financier a profité de l'organisation de cet atelier pour faire une revue des politiques d'exemption pour les soins maternels et néonatals dans 11 pays d'Afrique (Bénin, Burkina Faso, Burundi, Ghana, Mali, Maroc, Niger, Nigeria, Kenya, Sénégal, Sierra Leone).Un questionnaire avec un volet 1 sur le contenu du paquet et un volet 2 sur les modalités de financement a été envoyé aux 11 pays afin de permettre des comparaisons et analyses. Cette présentation reprend les résultats du volet 1 (paquet de soins).

Toutes les politiques d'exemption ou de subvention des soins maternels ont démarré entre 2004 et 2010. Très peu de pays ont réalisé une phase pilote, 7 pays sur 11 sont directement passé à l'échelle nationale. Tous les pays couvrent les soins pour la mère et leur nouveau-né, sauf le Mali, le Bénin et le Sénégal qui ne couvrent que les soins pour la mère. La Sierra Leone couvre aussi les femmes allaitantes jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Les politiques sont appliquées sur tout le territoire sauf pour le Nigeria, le Kenya et le Sénégal. La majorité des pays couvre à 100% les coûts ciblés par la politique, sauf 2 pays qui ont une prise en charge partielles des coûts directs ciblés : Burkina Faso (80% des coûts directs) et Kenya (ticket entre 1 à 2 $).

Le minimum commun aux 11 pays est la prise en charge de césarienne, les autres complications obstétricales pendant le travail ne sont pas prises en charge dans deux pays : au Niger et au Bénin. Seul le Maroc prend en charge le transport à partir du domicile dans le cadre du SAMU rural et 5 pays sur 11 prennent en charge les couts du transport entre les structures de santé. Au Mali, la politique s'appuie sur le système existant de référence/évacuation soutenu par les communautés et les collectivités via les caisses de solidarité.

La majorité des politiques s'applique à toute la population de femmes enceintes sans tenir compte de leurs revenus; excepté pour le Kenya où la politique cible uniquement les femmes enceintes pauvres.

En conclusion :

- ✓ Il n'existe pas une stratégie unique dans les politiques d'exemption des soins en santé maternelle et infantile = pas de copier-coller, chaque pays a un système différent

- ✓ La majorité de ces politiques ne couvre pas l'ensemble des soins maternels et néonatals donc il reste toujours une partie à la charge des familles. On doit donc parler d'exemption des coûts et non de gratuité.
- ✓ La politique d'exemption pour les soins maternels et néonatals n'est pas isolée : d'autres politiques d'exemption ciblée sur des maladies ou des populations vulnérable existent et plusieurs pays songent à développer un système d'assurance maladie national.
- ✓ On peut se demander si le personnel et la population se retrouvent dans cette architecture complexe. On peut aussi se demander s'il existe une coordination entre ces différentes politiques d'exemption ciblée et entre les services chargés de mettre en place l'assurance maladie.

Présentation 3: Design of Nigeria's Fee Exemption Scheme – the NHIS/MDG MCH Project – présenté par Issa Ateiza

Le régime d'assurance santé national au Nigéria a été initialisé en 1999 mais ce n'est qu'au moment de l'allègement de la dette que le Nigeria a pu allouer des financements important dans le secteur social et a ainsi joué un rôle catalytique en 2007 pour la décision présidentielle en faveur d'une politique d'exemption pour la santé maternelle et infantile.

Les discussions et le processus de décisions ont été fortement avec la participation du niveau fédéral et des états. Les mécanismes ont d'abord été pilotés au niveau de deux états suivant une méthodologie participative avec les autorités locales. Il y a aussi eu des consultations avec les prestataires de soins, principalement sur les aspects de mise en œuvre.

La politique d'exemption cible les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans et le mode de payement par capitation pour les services de soins de santé primaire et la gratuité au deuxième niveau de la pyramide sanitaire. De manière plus précise, le paquet de services comprend au niveau primaire : le traitement de niveau de soins de santé primaire des maladies endémiques localement, traitement des blessures mineures, les services de santé maternelle et néonatale et l'éducation pour la santé. Au deuxième niveau de la pyramide, le paquet inclut les soins obstétricaux d'urgence, les accouchements à haut risque et d'autres conditions médicales comme les fistules obstétricales. La politiques d'exemption a d'abord été mise en œuvre dans six états lors d'une première phase de mise en œuvre (2008) et depuis 2009 on peut compter 12 états appliquant cette politique.

Parmi les principaux défis, on peut retenir les suivants :

- ✓ L'absence de données de base et d'étude socio-économique avant le lancement de la politique.
- ✓ Le paquet de services offerts aux populations ne couvre que le niveau primaire et secondaire ; mais ce dernier ne comprend pas les prestations pour les enfants de moins de cinq ans.
- ✓ La couverture reste limitée à trois districts par état.

- ✓ Le manque d'engagement des prestataires publics à s'engager dans ce régime d'assurance.

Il y a eu un effort de communication et de sensibilisation de la population grâce à des moyens traditionnels de communication (réunions villageoises par exemple) et avec la participation des chefs religieux et les chefs des communautés.

Malgré ces défis, il existe des opportunités émergeantes tels que l'augmentation de 2% de la contribution du budget fédéral dans les finances des soins de santé primaire ; assurer une complémentarité effective du régime d'assurance et les programmes de gratuité de la SMNI par le gouvernement des états ; la mise à l'échelle du régime d'assurance et la coexistence avec d'autres mécanismes pour réduire les barrières financières telle que le FBP, les fonds d'équité et les systèmes forfaitaires.

En conclusion, il faut retenir que la politique d'exemption contribue à l'objectif de réduire les barrières financières aux services de SMNI. L'engagement des gouvernements et autorités à tous les niveaux dépend de la mise à l'échelle de cette politique et toute autre initiative pour atteindre la couverture universelle. Il est nécessaire d'explorer les opportunités politiques et techniques pour assurer la pérennité. Et finalement, il est indispensable de développer un système de suivi et d'évaluation pour mesurer les effets que le programme peu avoir.

Présentation 4 : La césarienne gratuite au Bénin : formulation de la politique - Dr Pascal Dossou-Togbe, DG Agence de gestion, **Présentée par KOTCHOFA Jacques Aubin**

Au sommet de la CDAO en 2007 le chef de l'Etat a pris un engagement de réduire le fardeau de la maladie et de la mort chez les enfants de moins de cinq ans. Le Gouvernement sur proposition du chef de l'Etat a pris la décision de rendre gratuite la césarienne par décret N° 2008-730 du 22 décembre 2008 et une étude de faisabilité sur l'initiative du Ministre de la santé a été réalisée mais n'a pas exploré les aspects socio- culturels d'accessibilité des enfants et des femmes aux soins de santé. Plusieurs consultations interministérielles et des ateliers de planification ont été réalisés avec des prestataires et l'examen des stratégies préconisées a finalement conduit au choix de la gratuité de la Césarienne en tenant compte des ressources limitées de l'Etat. Le paquet de services comprend le transport du centre de premier contact vers l'hôpital de référence, la consultation, le bilan para clinique, perfusion, l'opération chirurgicale, les médicaments, l'hospitalisation, et le contrôle post opératoire.

La politique d'exemption de la césarienne est un point cardinal des stratégies de la politique de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCRP) au Bénin. Malgré qu'il n'y a pas encore d'articulation avec d'autres mécanismes de financement, la mise en œuvre du RAMU (régime d'assurance maladie universelle) devrait permettre d'identifier des mécanismes d'articulations des divers régimes de financements existants.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, des stratégies de communication (échanges – débats télévisés, campagnes de communication de masses par les radios privées et communautaires) ont été réalisées à chaque niveau de la pyramide sanitaire.

La politique de gratuité de la césarienne est le point d'entrée dans un ambitieux plan de prise en charge des frais de soins de santé au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes. Depuis octobre 2011, le Chef de l'Etat a également lancé le programme de prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Le continuum des soins obstétricaux d'urgence revêt un intérêt majeur dans la stratégie de réduction de la mortalité maternelle et néonatale et l'extension sera faite progressivement aux autres axes d'intervention.

Présentation 5 : La Communauté de Pratique «Accès Financier aux Services de Santé», par Yamba Kafando

Les communautés de pratique apparaissent de plus en plus comme des outils pertinents de partage et d'échanges d'expériences sur certaines thématiques. La présentation sur la communauté de pratique accès financier aux services de santé avait pour objectif principal de mieux éclairer le concept de communauté de pratique qui restait assez abstrait pour certains participants et de présenter les activités de la CdP AFSS.

Une CoP est un regroupement d'experts/praticiens qui décident d'approfondir leurs connaissances en interagissant sur une base continue (Wenger et al, 2002). La connaissance étant à la fois explicite et implicite, l'acquisition de la seconde composante nécessite une interaction soutenue avec les pairs, d'où la mise en œuvre des CoPs.

La CdP AFSS a été mise en œuvre pour tenter de corriger la déconnexion entre les différents acteurs du secteur de la santé (prestataire, décideurs, chercheurs, ONG). Ces différents acteurs sont cloisonnés dans leurs niches respectives sans échanges et sans interaction avec les autres niches. La CdP AFSS apparait comme une plate forme, une stratégie pour décloisonner ces niches.

La CdP AFSS est organisée autour de 3 clusters (assurances-santé, système d'exemption individuel, et système d'exemption catégorielle). Elle poursuit les objectifs suivants:

- Développer un environnement favorable au transfert des connaissances et au partage d'expériences sur les meilleures pratiques;
- Promouvoir des plateformes collaboratives;
- Eclairer la prise de décision et apporter des réponses /solutions opérationnelles aux problématiques d'accessibilité financière aux soins de santé

Lancée en début d'année 2011, elle regroupe à ce jour plus de 250 membres. Plusieurs activités ont déjà été menées (confection de logo, mise en place du google group, diffusion de newsletter, création et lancement d'un blog, etc…).

Après un an de mise en œuvre, des leçons ont pu être tirées pour maximiser le développement de la CdP AFSS. Il s'agit de :

- savoir combiner les activités face-à-face et les activités virtuelles
- investir dans le « nous », la convivialité

- lancer des projets de connaissance fédérateurs et stimulants
- reconnaître les motivations diverses, y compris l'ambition professionnelle
- reconnaitre la valeur du temps consacré par les « experts-maison » et la valeur de la connaissance produite
- reconnaitre l'expertise détenue par les membres de la CoP

Trois défis majeurs sont à relever par la CdP dans les années à venir. Il s'agit de :

- trouver sa place dans ce qui existe (et obtenir la place nécessaire, e.a. les financements nécessaires)
- générer l'enthousiasme, la participation, et le dévouement des membres (Activités!)
- combiner espace d'initiative et coordination entre acteurs

Pour améliorer la mise en œuvre des politiques dans le secteur de la santé, une stratégie couvrant toutes les chaînes de valeur des connaissances est nécessaire. La stratégie de la CdP peut jouer ce rôle.

Jour 2 : 18 Novembre 2011 - La mise en œuvre du paquet de services

Présentation 6 : Mise en œuvre de la politique de la gratuité de la césarienne au Mali – présentée par Dr Mahamadou Traoré et Mouhamadou Guèye

Le Mali a une politique sectorielle de santé depuis les années 1990-91 mais la mortalité maternelle et néonatale reste élevée malgré la mise en œuvre de programmes et initiatives telles que l'organisation de la référence-évacuation en 1994 ou Le programme des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (2004 – 2008). Dans un tel contexte, il est paru essentiel d'adopter la politique de gratuité de la césarienne.

La décision prise par le Conseil des Ministres du mercredi 23 juin 2005 d'offrir les services gratuits aux patientes nécessitant une césarienne a entraîné une demande accrue par les familles et forçant le gouvernement à organiser de manière provisoire la prise en charge de la gratuité de la césarienne et de développer un *"Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne*" élaboré par la DNS en août 2005. Ce n'est qu'en avril 2009 qu'un Arrêté Interministériel décrit les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge de la césarienne.

Cette demande accrue de services a nécessité la mise en place de mécanismes tels que des équipes fonctionnelles de prise en charge des césariennes 24h/24h au sein de la structure ; le pré positionnement des kits de césarienne dans tous les hôpitaux publics et les centre de santé de référence; le remboursement forfaitaire par l'état d'une somme de 30 000 FCFA aux établissements de santé pour chaque césarienne pratiquée et les mécanismes de transport avec une répartition des responsabilités à chaque niveau.

Un comité de pilotage a été mis en place et fonctionne depuis août 2005 et a pour principales fonctions de donner les orientations nécessaires à la bonne marche de la gratuité de la césarienne; de centraliser et diffuser les résultats des recherches opérationnelles concernant la gratuité de la césarienne; et de valider les rapports et bilans de suivi de la gratuité de la césarienne.

Un plan de communication et la diffusion de messages concernant la gratuité de la césarienne semblent avoir atteint toutes les couches de la population mais la confusion quant aux éléments de cette gratuité persiste. A ceci s'ajoutent d'autres problèmes tels ceux liés aux kits de césarienne : la rupture de stock, la péremption des produits, et la non-adéquation des kits selon certains chirurgiens et anesthésistes (quantité, et types de produits inclus dans le kit). Parmi les contraintes, il faut aussi soulever les limites par rapports aux infrastructures souvent vétustes et à l'insuffisance des équipements; par exemple les mini-banques de sang ne sont disponibles que dans 25% des structures sanitaires.

Le manque de personnel qualifié se fait aussi cruellement ressentir avec un important déficit quantitatif et qualitatif en personnel au niveau des CSCom qui réfèrent ou évacuent les parturientes vers les établissements qui pratiquent la césarienne.

Le remboursement forfaitaire de la césarienne s'élève à 30.000 fcfa. Ce mécanisme entraîne une augmentation des procédures administratives mais ceci est globalement accepté par les prestataires qui ne se plaignent. Globalement, l'état s'acquitte de sa part en finançant les kits de césarienne et en remboursant les forfaits de manière trimestrielle. Le système de référence-évacuation mis en place en 1994 s'est malheureusement trouvé fragilisé et reste l'un des maillons faibles de la politique. Par rapport à l'alimentation des caisses de solidarité, le taux de recouvrement pour tous les acteurs a été de 21% en 2009 mais ce taux varie de 8% (Tombouctou) à 45% (Koulikoro). Le taux de recouvrement pour les Associations de santé communautaires (ASACO) en 2009 se situe à 30% et le taux de recouvrement pour les mairies est estimé à 8% en 2009.

Au début de la mise en œuvre de la politique, il n'y avait pas d'information fiable sur les nombre de césariennes, des complications, les décès maternels, etc. Des mécanismes ont été mis en place pour renforcer les aspects de suivi. La nomination d'un point focal au niveau de la DSR, des directions régionales de la santé, des hôpitaux et des CSRef permet la collecte mensuelle des données, la compilation régionale et puis nationale; le suivi des activités à tous les niveaux (interne, régional et national). Un guide de supervision de la mise en œuvre de la gratuite de la césarienne a aussi été développé en août 2009.

Parmi les points forts de la politique, nous pouvons retenir :

- ✓ La mise en œuvre effective de la gratuité de la césarienne soutenue grâce à la volonté politique
- ✓ La réduction importante du délai de prise en charge dans les CSRef
- ✓ La disponibilité des kits
- ✓ Le remboursement satisfaisant des frais
- ✓ L'élaboration de la politique de transfusion sanguine
- ✓ La dotation des CSRef en matériel et équipement

Les points à améliorer incluent les ressources humaines ; les aspects de logistique (ambulances et RAC) ;la disponibilité du sang en qualité et en qualité ;la disponibilité des kits ;les infrastructures (locaux adaptés et disponibilité d'oxygène et d'équipement et réanimation

du nouveau né) ;le financement de la stratégie ;le suivi; le transport du village au CSCOM; et trouver des moyens pour atteindre les [plus pauvres qui bénéficient moins de la politique.

Présentation 7: Free Health care in Sierra Leone – présentée Dr. Alimamy P Koroma, Medical Superintendent, Bo Government Hospital and Dr. Samuel A S Kargbo, Director, Reproductive and Child Health, Ministry of Health & Sanitation

Sierra Leone est un des pays les moins développé du monde avec les pires indicateurs de santé, spécialement une très haute mortalité maternelle, néonatale et infantile et ceux-ci sont devenus la priorité dans le 2ème DSRP (2008-2012). Le pays fait face à de nombreuses contraintes telles que la pauvreté des infrastructures et des équipements, le manque de produits, la pénurie de personnel soignants qualifiés, la faiblesse du monitorage et de la supervision.

Dans l'enquête 'National Public Services Survey' de 2008, il ressort très clairement que le manque de moyens des familles est la principale barrière aux services de santé et la politique de gratuité a été mise en place. Depuis avril 2010, tous les centres publics de santé offrent les services gratuits aux femmes enceintes, aux mères allaitantes (avec enfant de moins de 2 ans) et aux enfants de moins de 5 ans. Cette politique devrait bénéficier à 250.000 femmes enceintes et environ 1 million d'enfants.

Pour appuyer et suivre les progrès de la politique d'exemption, plusieurs étapes ont été suivies comme la mobilisation de ressources, la mise en place et la définition des termes de référence d'un comité de pilotage et 6 sous-comités (Finance, Ressources humaines, Infrastructures, Produits, M7E et Communication), l'élaboration d'un plan de communication pour informer les différents acteurs et la population, la mise en place de mesures d'accompagnement et de mécanismes de suivi et d'évaluation. Malheureusement le budget national pour le secteur de la santé reste sévèrement sous-budgétisé.

Les résultats n'ont pas attendus à se faire attendre et très rapidement on peut observer une augmentation de consultations prénatales et des accouchements dans les infrastructures primaires. Malgré qu'il y ait une forte augmentation aussi des accouchements en milieu hospitalier, et une faible augmentation des césariennes, il est important de noter qu'il n'y a pas d'augmentation des accouchements assistés par du personnel !

Les défis est de maintenir la réponse adéquate et de qualité à une demande accrue de services, faire face au pénurie de personnels et assurer des mécanismes de motivation, mettre en place des mécanismes de gestion des produits, intégrer les services fournis par les organisations confessionnelles et adresser les autres barrières (géographiques, coûts indirects, etc).

En conclusion il faut retenir que la gratuité répond à un réel besoin et ceci a permis à une plus grande population d'avoir accès aux services de santé maternelle et infantile. Cependant, la couverture universelle n'est pas encore atteinte et il est nécessaire de renforcer cette politique par d'autres mécanismes financiers et en assurer la pérennité.

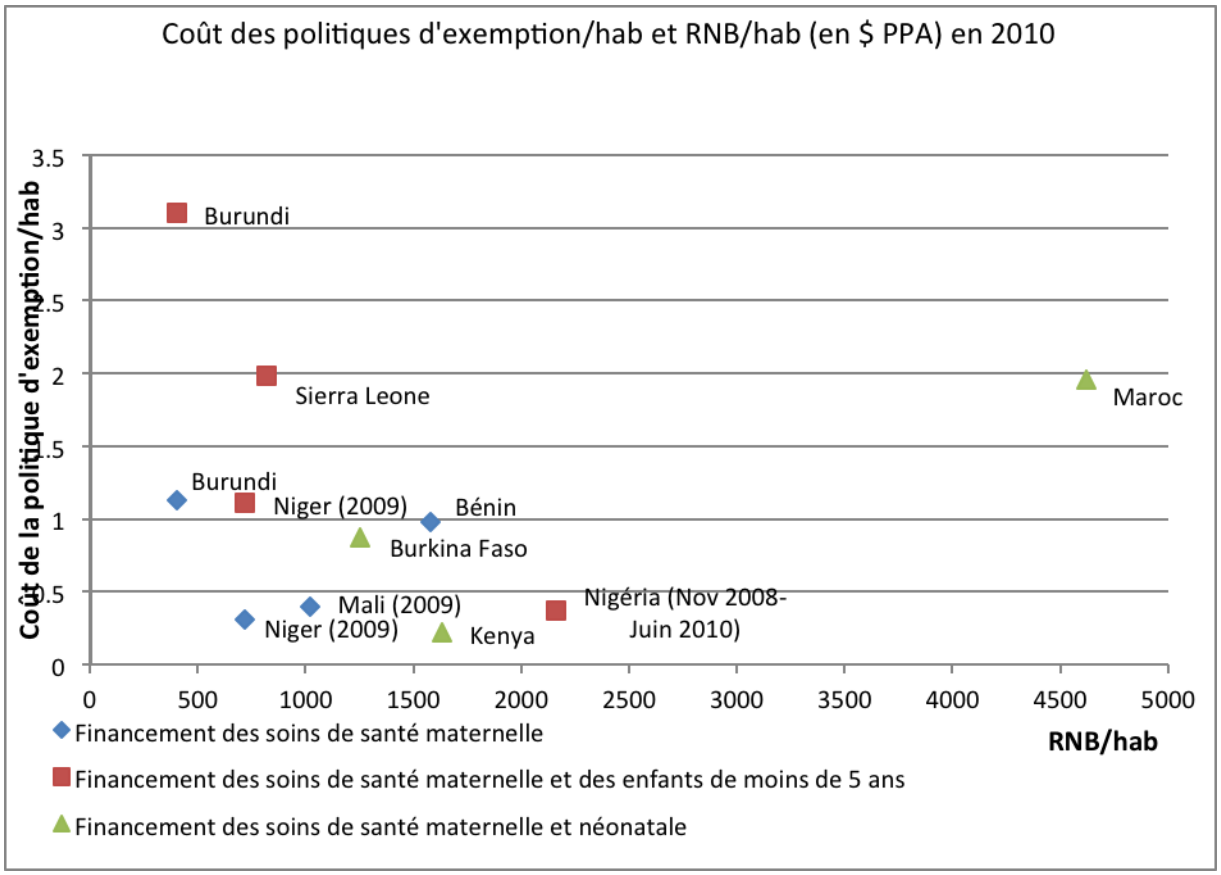
Présentation 8: Politiques d'exemption des soins en santé maternelle: quelques enjeux en matière d'économie de la santé – Bruno Meessen et Mathieu Antony

Quand on prend une perspective économique, les politiques de gratuité en santé maternelle soulèvent des enjeux à au moins trois niveaux.

Le premier niveau est celui de l'allocation optimale des ressources rares au regard de critères de décision que l'on peut vouloir appliquer à de telles politiques. Si on reprend le 'cube' proposé par l'OMS dans son rapport 2010, on peut noter que la question des services à couvrir est en fin de compte une décision qui peut être basée sur des critères d'efficacité (ex : ce service est-il efficace en termes de réduction de la mortalité maternelle ?) et d'efficience (va-t-on réduire la mortalité maternelle au moindre coût ?). L'axe vertical des coûts direct traduit la préoccupation de la protection contre les dépenses catastrophiques. L'axe horizontale de la population couverte peut traduire d'une part la préoccupation de l'équité (qui va être éligible à la politique de gratuité ?), mais aussi celui de l'intérêt de la mesure en termes électoraux (ex : une politique touchant un petit nombre de bénéficiaires étant moins intéressante qu'une politique bénéficiant à tous).

Chaque politique est à jauger sur ces différentes dimensions. Il est à noter qu'il faut distinguer la politique formelle et celle qui se réalise effectivement. On pourrait ainsi imaginer qu'une politique de césarienne gratuite bénéficie avant tout aux femmes habitant tout près des hôpitaux ou celles à même de s'offrir le transport. Cela signifie, qu'à budget constant (que l'on peut approximer par un volume de cube donné), on pourrait décider de limiter l'éligibilité à la gratuité à un sous-groupe (ex : femmes pauvres) pour libérer des ressources pour élargir le paquet de services gratuits à leur destination (ex : en plus de la césarienne, couvrir d'autres services qui coûtent chers aux usagères et qui sont efficaces en termes de réduction de la mortalité, y compris les frais de transport). Une telle mesure aurait par contre l'inconvénient d'avoir une assise électorale plus restreinte.

Le deuxième niveau d'enjeux est celui de la mobilisation des ressources. Avec l'enquête multi-pays différentes données ont été rassemblées.



Comme le montre le graphique ci-dessus, les pays (et leurs partenaires techniques et financiers) font des efforts différents pour les politiques de gratuité de santé maternelle.

On peut voir ainsi que si le Burundi et le Bénin ont une politique qui tourne autour de 1$ par habitant (à noter que le Burundi offre un paquet bien plus large que le Bénin !), l'effort proportionnel est bien plus grand au Burundi qu'au Bénin, puisque le Burundi est plus pauvre (axe horizontal).

L'enquête a aussi montré que les sources de financement de ces politiques varient entre pays. Certains ont compté sur leurs ressources propres (ex : Burkina Faso), d'autres (ex : Kenya) ont bénéficié de soutien majeur de l'aide internationale.

Le troisième niveau d'enjeux est celui des incitants et plus particulièrement de la méthode de compensation des prestataires de soins pour les services prestés gratuitement. Il faut garder à l'esprit que le paiement par les usagers est un mécanisme de rationnement des ressources rares de l'Etat (et de ses partenaires) et qu'il s'inscrit dans un jeu d'incitants. Le retirer, c'est (1) mettre en place un autre système d'incitants; (2) s'exposer à un autre mode de rationnement (rupture de stock, file d'attente, baisse de la qualité des services…).
Par la modification des incitants, la gratuité peut donc avoir des effets sur le comportement de nombreux acteurs : les usagers (recours, distorsion et déplacement de la demande) ; les prestataires (effort en termes de quantités produites, effort en termes de qualité des services

aux usagers, effort en termes de gestions des ressources de la formation sanitaire ou du système de santé, effort en termes de rapportage…) et sur les bailleurs de fonds et le Ministère des Finances (en termes de mobilisation des ressources, en termes de décaissement…). Ceci appelle une réflexion préalable prudente et des études empiriques pour documenter ces différents effets.

Jour 3 : 19 Novembre 2011 - Vers l'avenir : la consolidation et pérennisation des résultats

Présentation 9: Politique de gratuité des SONU : Consolidation et pérennisation – présentée par Abdelali Belghiti Alaoui, MD. MPH, Directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA) et Président de la commission nationale de lutte contre la Mortalité maternelle et infantile

Dr Belghiti dans sa présentation sur la politique de gratuité des SONU au Maroc a présenté les stades d'élaboration. En 2007, une commission nationale permanente a été créée et un plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2008-2012 a été élaboré. L'élaboration de ce plan d'action a suivi un processus participatif avec une Priorité aux évidences, Les meilleures pratiques, un plaidoyer structuré et une mobilisation socio professionnelle.

Le plan d'action présente 3 axes d'intervention : (1) Réduire les barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux (2) Améliorer la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement (3) Gratuité de l'accouchement de la césarienne et du transport. Ce PA lancé en 2008, a été déployé en 2009 pour se renforcer avec la mise en place d'un système de surveillance déclaration obligatoire des décès des femmes 15-49 ans audit des décès et autopsie verbale.

Ce PA a aussi été accompagné par des mesures telles que la création de SAMU obstétrical rural pour la régulation des urgences obstétricales (1700 localités), l'améliorer la disponibilité des médicaments (Sulfate de magnésium; Misoprostol cp), la mise en place d'un système de surveillance avec la déclaration obligatoire des décès des femmes 15-49 ans et l'audit confidentiel des décès maternels &autopsie verbale. Un numéro économique de recours a été également mis en place. Il y a eu aussi des efforts d'audit des structures d'accouchement (certification), de mise en place de la rémunération de la garde et l'astreinte. Des guidelines sur les causes de décès maternel ont été développé.

Le processus de mise en œuvre a été organisé en quatre phases :

5) La phase de lancement (2008) avec Plaidoyer, Mobilisation du financement, Ancrage administratif, Mise en place des équipes opérationnelles, Mobilisation socioprofessionnelle (meetings/Médias) et Elaboration des outils
6) La phase de déploiement (2009) avec la mise en place de la gratuité, des subventions, des outils techniques et la formation des équipes

7) La Phase d'enrichissement (2010) avec la mise en place des recommandations des audits/comités experts
8) Et finalement, la phase de suivi des progrès (2009 et plus)

Le suivi-évaluation de la politique est assuré avec les données de routine, les bilans annuels d'étape des parties prenantes, l'évaluation à mi-parcours, le forum international sur la Mortalité Maternelle. L'amélioration des indicateurs a touché toutes les régions du Maroc malgré les problèmes d'accessibilité géographique. Les principales contraintes sont le temps de réalisation des investissements, l'insuffisance des Ressources Humaine, l'engagement des professionnels pour assurer la qualité de la surveillance et de la prise en charge malgré la surcharge de travail et le continuum des soins (principalement pour le nouveau-né)

Les Leçons sont l'engagement politique, l'importance de la gestion active des interfaces avec les parties prenantes, l'importance des premières étapes, le focus sur les priorités, le leadership collectif, l'importance de documenter le processus.

La Consolidation et pérennisation s'articule sur la consolidation des processus engagés (des audits), le renforcement des compétences et de la motivation et les ressources humaines avec l'initiative gouvernementale de doubler la densité médicale (3300 MD par an) à l'horizon de 2020 et de recruter plus de personnel infirmier des écoles privées. La mise en place généralisée du Régime d'assistance médicale pour les personnes non couvertes par les systèmes existants (AMO ou AMI) devrait permettre d'atteindre les plus démunis.

Présentation 10: Integrating free maternal care into Ghana's National Health Insurance Scheme – présentée par Francis Asenso-Boadi et Philip Akanzinge

La communication a porté sur l'intégration de la politique de gratuité dans le système national d'assurance maladie. Différentes études ont été organisées pour évaluer les politiques d'exemption existantes (2004-2007) et ont montré qu'il y a une augmentation significative de l'utilisation des services et une faible amélioration des iniquités (Penfold et al, 2007). Il a aussi été montré qu'il reste des lacunes importantes largement dues au manque de financement et aux abus. L'évolution du régime national d'assurance santé depuis 2005 montre une intégration effective des soins de santé maternelle dans le paquet de services mais malheureusement n'est accessible qu'aux personnes souscrites au régime. En juillet 2008, l'initiative de gratuité pour les soins de santé maternelle a été lancée par le Président Kufuor comme une partie intégrante du régime national d'assurance santé et avec effet immédiat.

Le paquet de services offert aux femmes comprend les soins prénataux (6 visites de contrôle, 2 échographies et médicaments) ; les soins lors de l'accouchement (soins par du personnel accrédité, médicaments, épisiotomie et césarienne si recommandée ; les soins postnataux (2 visites et médicaments) ; les soins néonataux (3 mois) et tout autre service médical couvert par le régime d'assurance.

La principale leçon apprise et qu'il n'est pas suffisant d'enlever les barrières financières pour assurer la couverture universelle. Il faut aussi adresser les problèmes liés au manque de personnel de qualité (sage-femme, médecins), à l'approvisionnement des structures en équipement et produits, à l'accès géographique, services ambulancier, l'attitude des prestataires et des 'dessous de table' et les facteurs socio-économiques. Les mécanismes de suivi gagneraient aussi à être améliorés car il n'informe pas suffisamment sur la mise en œuvre de cette nouvelle politique et les données ne sont pas désagrégées pour refléter les cas maternels. Une évaluation est prévue en 2012.

Le défi majeur est le rôle et l'importance du leadership et la pérennité de l'initiative dépend fortement de la pérennisation du NHIS. La gratuité a fortement augmenté les coûts de la couverture d'assurance sante nationale. Il est aussi très important de mobiliser plus de financement pour cette initiative de gratuité, mais une analyse financière sera nécessaire.

Annexe 2 : Agenda

	Jour 1 – jeudi 17		Jour 2 – vendredi 18		Jour 3 – samedi 19
MATIN					
8h30 – 9h00	Inscription et installation des participants	9h00 – 10h30 *5 min intro* *20 min prés par pays* *45 min discussion*	**La mise en œuvre** du paquet : présentation des expériences du Mali et de la Sierra Léone *Présentation des deux cas et discussion en plénière* *Modérateur : Dr. Bocar Daff, Sénégal*	9h00 – 9h45	Table ronde des prestataires de soin comment vivent-ils la gratuité ? *Modérateur : Luc de Bernis*
9h – 10h	Ouverture Présentation mutuelle Présentation du programme et objectifs de l'atelier (Allison, Isidore, Yamba)				
10h00 – 10h30	Pause café				
10h30 – 11h30	Vue d'ensemble : (en deux parties) (1) L'incidence des complications obstétricales et leurs coûts (2) les politiques d'exemption pour les services de santé maternels – évidence et défis *Présentations et discussion en plénière* *Présentateur Fabienne Richard, IMT* *Modérateur : Dr Belghiti, Maroc*	10h30 – 11h00	Pause café	9h45 – 11h15 *5 min intro* *20 min prés par pays* *45 min discussion*	Vers l'avenir : la consolidation et pérennisation des résultats - présentation des expériences du Ma et du Ghana *Présentation des deux cas et discussio plénière* *Modérateur : Dr. Oumar Ouattara, M*
		11h00 – 11H45	La société civile dans les politiques d'exemption – perspectives des bénéficiaires *Discussion modérée en panel* *Modérateur : Fabienne Richard, IMT*	11h15 – 11h45	Pause café
11h30-13h00 *5 min intro* *20 min prés par pays* *45 min discussion*	**La formulation** du contenu du paquet de soins exempté : présentation des expériences du Bénin et du Nigéria *Présentation des deux cas et discussion en plénière* *Modérateur : Oumarou Ousmane, Niger*	11h45 – 12h45	Discussion modérée en panel – la mise en œuvre du paquet de soins de santé maternelle exempté (acteurs de terrain, représentants de la société civile et chercheurs) *Avec débats en plénière* *Modérateur : Timothée Gandaho, Mali*	11h45 – 13h15	Synthèse et restitution des leçons apprises des échanges entre pays pa (30 min en groupe et puis présentat en plénière) *Modérateur: l'équipe de facilitation*
13h-14h	Pause déjeuner	12h45 – 14h30	Pause déjeuner (prière de vendredi)	13h15 – 14h15	Pause déjeuner

	Jour 1 – jeudi 17		Jour 2 – vendredi 18		Jour 3 – samedi 19
APRES-MIDI					
14h – 15h	Discussion modérée en panel –formulation du paquet de soins de santé maternelle exempté (décideurs et acteurs de terrain) *Avec débats en plénière* *Modérateur : Dr SéniKouanda, IRSS*	14h30 – 16h	Echanges approfondis en pays pairs – expériences, défis, idées ***Nigeria-Ghana*** *(C, Ortiz, A. Coolen)* ***Sierra Leone – Kenya*** *(S. Witter, C. Ogbonna)* ***Mali – Maroc*** *(L. de Bernis, D. Aplogan)* ***Sénégal – Niger*** *(G. Clarysse, L. Queuille)* ***Burkina – Bénin*** *(I. Sieuleunou, F. Richard)*	14h15 – 15h	
15h – 17h	Echanges approfondis en pays pairs – expériences, défis, idées ***Nigeria-Ghana*** *(C, Ortiz, A. Coolen)* ***Sierra Leone – Kenya*** *(S. Witter, C. Ogbonna)* ***Mali – Maroc*** *(L. de Bernis, D. Aplogan)* ***Sénégal – Niger*** *(G. Clarysse, L. Queuille)* ***Burkina – Bénin*** *(I. Sieuleunou, F. Richard)*	16h– 16h30	Pause café	15h – 15h30	Pause café
				15h30 – 16h30	Consolider les leçons apprises au niv national *Discussion en plénière* *Modérateur : Denise Aplogan*
17h – 17h45	La communauté de pratique accès financier aux soins de santé : levier pour l'échange régional soutenu et continu *Présentation et discussion en plénière (Allison, Isidore, et Yamba)*	16h30 – 17h45	**Coût et financement des politiques d'exemption** : analyse de la situation actuelle et perspectives post 2015 *Présentation de synthèse en plénière (Bruno Meessen, IMT) et fishbowl discussion* *Modérateur : Alain Prual*	15h00 – 16h00	Pistes pour la recherche et la consolidation d'une dynamique régi *Présentation de synthèse et discussio plénière* *Présentateur : Sophie Witter, U. d'Aberdeen* *Modérateur : ThiernoDieng*
	FIN DE LA JOURNEE	18h – 18h45	Sur quels critères peut-on décider des politiques de gratuité des soins? *Questionnaire adressé à tous les participants (Danielle Belemsaga, IRSS)*		
		FIN DE LA JOURNEE			
19h	Cocktail African Grill (au Parc National)	20h	Dîner au restaurant San Toro (bus à 19h45)	16h00	**Clôture**

Annexe 3 : Liste des participants

N°	PAYS / STRUCTURE	NOM &PRENOM (S)	FONCTION	STRUCTURE	MAIL
1	Bénin	KOTCHOFA Jacques Aubin	Gynécologue – Obstétricien, chef service maternité	Hôpital de Zone Sanitaire de Dassa /Glazoué	kotchofaj@yahoo.fr
2	Bénin	SourouBéatrice GOUFODJI KEKE	Médecin	CERRHUD	soubeagk@yahoo.fr
3	Bénin	MAKOUTODE Patrick	Spécialiste de Santé publique et d'Economie de la Santé	CERRHUD	makoutodepatrick@yahoo.fr
4	Bénin	Mme GABAKI Rébecca	Sage femme	Hôpital évangélique de Bembéréké	rgabaki@yahoo.com
5	Burkina	SANKARA Salif	Coordonnateur National des SONU	DSME, Ministère de la santé	salifsank@yahoo.fr
6	Burkina	OUEDRAOGO Charlemagne	Chef de service gynéco/obst	CMA de Bogodogo, Ouagadougou	ocharlemagne@yahoo.fr
7	Burkina	GANABA Rasmané	Chercheur, AfricSanté	AfricSanté	rganaba.muraz@fasonet.bf
8	Burkina	YAOGO Maurice	Chercheur, AfricSanté	AfricSanté	yaogo@hotmail.com, yaogo_sympatico@yahoo.fr
9	Burkina	Minoungou Roger	Coordonnateur	Amnesty International Burkina	minoungour@yahoo.fr
10	Burkina	Nougtara / Ouedraogo Jeanne Nougtara	Attaché de santé, DSME	DSME, Ministère de la santé	janenoug56@yahoo.fr
11	Burkina	Danielle Yugbaré / Belemsaga	Economiste de la santé	IRSS	belemsagadanielle@yahoo.fr
12	Mali	TRAORE Mahamadou	Point focal césarienne	DNS, Ministère de la santé	traormahamadou@yahoo.fr
13	Mali	Mamadou TRAORE	Gynécologue – Obstétricien		
14	Mali	Brahima A. Diallo	Anthropologue, Chercheur	CAREF	d_brahima7@yahoo,fr
15	Mali	Mme Berthe Dieneba Dembelé	Sage femme	DRS Sikasso	dienedembele@yahoo.fr
16	Mali	Idrissa CAMARA	Economiste de la santé	CADD / MS	icamaraa@yahoo.fr
17	Mali	Samba Diarra	Economiste de la santé	MS	sambadiarra@yahoo.fr
18	Mali	ZoumanaDaou	Démographe	CAREF	Z.daou@yahoo.fr
19	Mali	Mouhamadou GUEYE	Directeurscientifique	CAREF	omgueye@caref.org
20	Mali	Mme Aissata Goita	Enseignante	FERASCOM, Sikasso	tinzgoita@yahoo.fr
21	Maroc	ALAOUI BELGHITI Ali	Directeur des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires	Ministère de la santé	belghitialaoui@hotmail.com
22	Maroc	El Laghazoui Mohammed	Gynécologue	Maternité Lala Meriem –	laghazoui.bou.med@gmail.com

N°	PAYS / STRUCTURE	NOM &PRENOM (S)	FONCTION	STRUCTURE	MAIL
				Casablanca	
23	Maroc	Saloua ABOUCHADI	MD, MPH	Ministère de la santé	s.abouchadi@yahoo.fr
24	Maroc	Chakib Boukhalfa	Economiste, Professeur assistant	INAS	chakib.boukhalfa@gmail.com
25	Maroc	SEMLALI Hassan	Chef de division du RAMED	MS	hassan.semlali@yahoo.fr
26	Ghana	Akanzinge Philip Nsoh Asenah	Chief Administrative Manager Ghana Health Service	NHIA	philipakanzinge@yahoo.co.uk
27	Ghana	Francis Asenso-Boadi	Health Economist, Research Associate	NHIA	kofiasenso@hotmail.com
28	Nigeria	Ateiza Salau Issa	Management Staff	National Health Insurance Scheme (NHIS)	iateiza@yahoo.com
29	Nigeria	Abdullahi Kainuwa	DPMS	PATHS2	mkainuwa@yahoo.com
30	Nigeria	Mohamed Nasir Sambo	Researcher	FACULTY OF MEDICINE, AHMADU BELLO UNIVERSITY, ZARIA	sambonasir@yahoo.com
31	Sierra Leone	Aminata Kanu	Country Lead	MLI	aminata.kanu@ministerial-leadership.org
32	Sierra Leone	A P Koroma	Gynecologist/Medical Superintendent	Bo Govt Hospital	apkoroma2@yahoo.co.uk
33	Sierra Leone	Satta Musa	Midwife	Moyamba Govt Hospital	almonda90@yahoo.com
34	Sierra Leone	Isatu Kamara	Hospital matron	Kenema Govt. Hospital	isatuk2009@yahoo.com
35	Niger	Oumarou Ousmane	DEP	MSP	oumarou1961@yahoo.fr
36	Niger	Mamoudou Abdou Garba	Médecin de santé publique, Chirurgie de district, MCD	DS de Boboye, MSP	mamoudouabdou@yahoo.fr
37	Niger	Moha Mahamane	Médecin, Chercheur	LASDEL	tayamana2006@yahoo.fr
38	Niger	Barro Mamadou	Coordonnateur Général	MDM-F	mbarro6@yahoo.com
39	Niger	Allassane Mahamane Sani	Coordonnateur plaidoyer et communication	ONG HELP Niger	s_allassane@yahoo.fr
40	Sénégal	Bocar DAFF	Chef de division	MSHPP	daff_bocar_mamadou@hotmaill.com, mbdaff@gmail.com
41	Sénégal	Thierno Dieng	Coordonnateur	CEFOREP	thierno_dieng@hotmail.com
42	Sénégal	Aplogan / Ongotha Denise	Enseignante	CESAG	deniseaplogan@hotmail.com

N°	PAYS / STRUCTURE	NOM &PRENOM (S)	FONCTION	STRUCTURE	MAIL
43	Kenya	Aisha O. Mohamed	Public health specialist	Division of Reproductive Health, MoH	a_o_mohamed@yahoo.com
44	Kenya	Mary Consolota Ishepe	Public health specialist	MoH	mnandili@yahoo.co.uk
45	Kenya	Stephen Kabaro	Economist	MoH	mbugua.kaboro@gmail.com
46	Belgique	Bruno Meessen	Chercheur	IMT	bmeessen@itg.be
47	Cameroun	Isidore Sieuleunou	Facilitateur de la CdP AFSS	IMT	isidoros2002@yahoo.fr
48	Burkina	Yamba Kafando	Facilitateur de la CdP AFSS	IRSS	odnafak@yahoo.fr
49	Burkina	Séni Kouanda	Chercheur	IRSS	skouanda@irss.bf
50	Angleterre	Sophie Witter	Chercheur	Université d'Aberdeen	s.witter@abdn.ac.uk
51	Belgique	Fabienne Richard	Chercheur	IMT	FRichard@itg.be
52	Angleterre	Isabelle Lange	Chercheur, Anthropologue	LSHTM	isabelle.lange@lshtm.ac.uk
53	Angleterre	Francesca Cavallaro	PhD student	LSHTM	francesca.cavallaro@lshtm.ac.uk
54	France	Allison Kelley	Facilitatrice Senior de la CdP AFSS	CdP AFSS	agkelley514@yahoo.com
55	Sénégal	Guy Clarysse	Regional Advisor Health, Child Survival and Development	UNICEF	gclarysse@unicef.org
56	USA	Christine Ortiz	Senior associate, health economist	Abt Associates, HS 20/20	christine_ortiz@abtassoc.com
57	Mali	Timothee Gandaho	RH advisor	USAID / ATN plus	tgandaho@atnsante.org
58	USA	Stephanie Weber	SR Program officer	MLI	Stephanie.Weber@aspeninst.org
59	Burkina	Ludovic Queuille	Coordonnateur de projet	UdeM	queuille@help-ev.de
60	UNS	Luc De Bernis	Conseiller principal santé maternelle	UNFPA	debernis@unfpa.org
61	Nigeria	Chinwe Ogbonna	Health Economist	UNFPA	ogbonna@unfpa.org
62	Nigeria	Benson Obyono	Economist	Abt Associates	b.obonyo@paths2.org
63	Hollande	Anne Coolen	Advisor Health Systems Development, KIT Development Policy and Practice	KIT	A.Coolen@kit.nl
64	Sénégal	Ibrahima Sanogo	Expert santé	BAD	I.SANOGO@AFDB.ORG
65	France	Alain Prual	Conseiller Régional de Coopération	Ministère des Affaires étrangères	alain.prual@gmail.com

N°	PAYS / STRUCTURE	NOM &PRENOM (S)	FONCTION	STRUCTURE	MAIL
			Santé		
66	Suisse	Laurence Codjia	Chargé de programme pays	GHWA	diahr@who.int
67	Mali	Oumar Ouattara	COP USAID/PKCII	CARE	ouattara.oumar@gmail.com
68	Mali	Laurence Touré	Anthropologue	MISELI	chat@afribonemali.net
69	Sénégal	Magali Romedenne	Rapporteur de l'atelier	UNICEF	mromedenne@unicef.org