



Politiques d'exemption pour les services de santé maternelle¹

Yamba Kafando², Fabienne Richard³, Allison Kelley⁴, Isidore Sieleunou⁵, Sophie Witter⁶,
Guy Clarysse⁷

Policy Brief

Communauté de pratique Accès Financier aux soins de santé

¹ L'Atelier technique sur le paquet de soins pour les politiques d'exemption pour les services de santé maternelle s'est tenu du 17 au 19 novembre 2011 à Bamako. Le rapport de l'atelier est disponible à www.hha-online.org/hso/financing/subpillar/workshop-benefits-package-maternal-health-fee-exemptions

² FEMHealth, Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) / Burkina Faso, co-facilitateur, CoP AFSS

³ FEMHealth, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Belgium

⁴ Consultant, UNICEF, Facilitateur, CoP AFSS

⁵ FEMHealth, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Belgium, co-facilitateur, CoP AFSS

⁶ FEMHealth, University of Aberdeen, UK

⁷ UNICEF/WCARO

Messages clés

- ✓ Investir suffisamment de temps dans la formulation des politiques d'exemption. L'étape de la formulation de la politique nécessite une participation de tous les acteurs concernés (sans oublier les acteurs périphériques) et une bonne connaissance des évidences scientifiques aux niveaux international et national.
- ✓ Tenir compte du continuum des soins dans le choix du paquet de soins. Il est important que les paquets de services retenus dans le cadre des politiques d'exemption répondent aux besoins des femmes et des nouveau-nés : pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et dans le post-partum.
- ✓ Etudier les possibilités de prendre en compte la question du transport (domicile-formation sanitaire notamment) dans la formulation des politiques d'exemption. Celle-ci demeure une barrière importante à l'accès.
- ✓ Intégrer les politiques d'exemption dans un cadre plus global de financement de la santé et de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Il devient urgent devant la multitude d'initiatives visant la réduction des barrières financières de créer un cadre de coordination des différentes politiques mises en œuvre dans le pays afin de pérenniser et consolider les acquis. L'après 2015 doit se préparer maintenant.

Introduction

Dans la course à l'atteinte des OMD en 2015, plusieurs pays africains sont entrain de mettre en œuvre, depuis une décennie, des politiques d'exemption en faveur des populations vulnérables (enfants, femmes, personnes âgées, etc.). Depuis 2001, près de 17 pays africains mettent en œuvre des politiques visant à exempter tout ou partie des services de santé en faveur de certaines couches de la population et tout indique que d'autres pays emboîteront également le pas [Hercot et al., 2011].

L'émergence, la formulation et la mise en œuvre de ces politiques recèlent cependant de nombreuses insuffisances. Ces politiques qui sont le plus souvent mises en œuvre rapidement à l'échelle nationale sans phase pilote ne sont pas accompagnées par des plans d'évaluation étalés et financés sur la durée du programme. Les bénéficiaires ainsi que les techniciens se posent également des questions sur la couverture du paquet de soins retenu dans le cadre de ces politiques. C'est pour réfléchir sur la formulation du paquet de soins dans le cadre des politiques d'exemption des soins en santé maternelle que la communauté de pratique accès financier aux services de santé (CdP AFSS)⁸ a organisé un atelier technique à Bamako, la ville qui a vu naître 25 ans plus tôt l'initiative instaurant la participation financière des usagers aux soins de santé.

⁸ Mise en œuvre conjointement par les agences HHA, la CdP AFSS a pour objectif de renforcer et de dynamiser les connaissances par le biais de différentes stratégies dans le but de réduire les barrières financières à l'utilisation des services de santé rencontrées par les africains.

L'objectif de cette note est de présenter aux décideurs les principales leçons tirées au cours de cet atelier technique.

Méthode

L'atelier qui s'est déroulé du 17 au 19 novembre 2011, a regroupé plus d'une soixantaine de participants provenant de 10 pays dont 4 anglophones (Ghana, Kenya, Nigeria, Sierra Leone) et 6 francophones (Bénin, Burkina Faso, Mali, Maroc, Niger, Sénégal). Il a concerné des acteurs de tous les niveaux (techniciens du niveau central, prestataires de soins, chercheurs, représentants de la société civile, partenaires techniques et financiers).

Une collecte préliminaire de données auprès de 10 pays ayant pris part à l'atelier et du Burundi a permis de disposer de données pour mieux comprendre et comparer le contenu, les coûts et le financement des politiques d'exemption pour les services de santé maternelle dans ces pays.

Les panels entre les différents acteurs et surtout les travaux en pays pairs ont permis également d'approfondir les expériences et de favoriser les échanges entre les pays.

Enfin, les pays ont identifié des activités prioritaires à mettre en place pour corriger les dysfonctionnements des politiques d'exemption en santé maternelle suite à l'atelier.



*Panel : la mise en œuvre
perspectives des acteurs du terrain*



*Travaux par pays pair :
Nigeria et Ghana*

Résultats

Absence de coordination entre les initiatives d'exemption

De plus en plus, beaucoup d'initiatives sont prises dans les pays pour favoriser l'accès des populations aux services de santé. Mais ces initiatives - exemption ciblée, financement basé sur les résultats, mécanismes d'assurance, mécanismes de transfert conditionnel - bien qu'elles visent souvent le même objectif, ne sont pas intégrées. En effet, on note une absence de coordination entre ces différentes politiques d'exemption ciblée entre elles d'une part, et avec les autres initiatives d'autre part. De ce fait, les pays manquent l'opportunité d'assurer une meilleure couverture sanitaire des populations.

Non respect du continuum des soins dans la formulation de la politique d'exemption

Les paquets de soins retenus dans le cadre des politiques d'exemption en santé maternelle ne respectent pas toujours le continuum des soins. Si la prise en charge de la césarienne est commune aux 11 pays, les autres complications obstétricales pendant le travail ne sont pas prises en charge dans deux pays (Niger et Bénin). En plus, les décès néonataux demeurent toujours de grands défis à relever et les principales causes de la mortalité maternelle ainsi qu'une part importante des dépenses catastrophiques en matière de santé ne sont pas souvent prises en compte dans la formulation de ces politiques.

Absence de la question d'équité dans la formulation des politiques d'exemption

La question de l'équité devrait être davantage prise en compte par les politiques d'exemption. Seuls Le Kenya, où la politique d'exemption cible uniquement les femmes enceintes pauvres, et le Burkina, où la politique a prévu d'exonérer totalement les femmes indigentes, font exception. Il paraît essentiel de faire au préalable une analyse des incidences potentielles des politiques d'exemption pour s'assurer qu'elles profiteront à tout le monde, riches comme pauvres, urbains comme ruraux.

Une non prise en compte de la question du transport dans la formulation des politiques d'exemption

La question du transport demeure un obstacle important pour la plupart des pays ce qui réduit l'impact des politiques d'exemption. Dans tous les pays (sauf une expérience pilote au Maroc), les politiques d'exemption en santé maternelle ne prennent pas en compte le transport entre le domicile et les maternités périphériques. Seul le transport entre deux structures de soins est pris en charge : la référence/évacuation est notamment prise en charge dans 5 pays sur 11. Et même dans ces cinq pays, c'est le transport vers la formation sanitaire seulement qui est financé, les patientes ne sont pas prises en charge pour le retour à la maison. Cependant, l'accès physique aux structures de soins demeure très important pour la réussite de ces politiques d'exemption. D'importants investissements devraient être encore faits pour rapprocher davantage les populations aux services de santé.

Les pays tiennent peu compte des expériences en cours dans la formulation et la mise en œuvre des politiques d'exemption

Si la formulation et la mise en œuvre de la politique d'exemption est spécifique à chaque pays, les pays ne semblent pas s'être inspirés des expériences d'autres pays afin d'éviter les problèmes rencontrés par ces derniers. En effet, on retrouve souvent les mêmes problèmes mais qui ne sont pas toujours du ressort des techniciens du Ministère de la Santé ou des acteurs de terrain. Les politiques sont décidées et mises en œuvre très rapidement sur la seule volonté d'un président ou d'un ministre sans laisser le temps aux techniciens de bien préparer la politique.

Les mesures d'accompagnement : une question cruciale

La mise en œuvre des politiques d'exemption s'accompagne le plus souvent d'une hausse de l'utilisation des services de santé [Ridde et Morestin, 2011]. Mais pour des raisons budgétaires, le choix d'un paquet de soins très étroit limite les effets des politiques de gratuité sur la mortalité maternelle. De même, les mesures d'accompagnement pour le personnel (incitatifs, formation, etc.) et pour le renforcement du système de santé en général (équipements, infrastructures, gestion, etc.) nécessaires pour une bonne mise en œuvre de la politique de gratuité sont rarement financées et mises en œuvre simultanément avec les politiques d'exemption, ce qui réduit leur impact.

Conclusion

Tous les pays semblent être fixés sur les OMD en 2015 : la planification et le financement de la plupart de ces politiques d'exemption s'arrêtent en 2015, comme c'est le cas au Burkina Faso [Ministère de la santé, 2006]. Mais il faudrait que les pays commencent d'ores et déjà à réfléchir à l'après 2015. Il est fondamental que les pays entament la réflexion vers l'adoption d'un plan cohérent et pérenne de financement de la santé pour consolider les acquis. En ce sens, les politiques d'exemption doivent être une étape, une transition vers la couverture universelle des soins de santé.

Références bibliographiques

Hercot, D., et al.,2011. Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change. In *HealthPolicy and Planning*; 26(supp.2):ii5-ii15.

Ministère de la santé du Burkina Faso. 2006. Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; Burkina Faso. Ouagadougou 65p.

Ridde, V., et F.Morestin.2011. A scoping review of the literature of the abolition of user fees in healthcare services in Africa. *Health Policy and Planning*; 26(1):1-11.