

## Pourquoi et comment les politiques d'exemption des paiements directs sont adoptées par les gestionnaires des districts sanitaires:

Enseignements méthodologiques tirés d'une série d'études de cas réalistes au Bénin, au Burkina Faso et au Maroc

### VUE D'ENSEMBLE

Inspirées par les cibles des objectifs du millénaire pour le développement, et les efforts visant à assurer l'accès universel à la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, des publications sont régulièrement faites sur l'évaluation des politiques d'exemption des paiements directs ou la suppression des paiements pour les soins de santé maternelle. La plupart des études montrent que ces politiques ne sont pas toujours aussi efficaces qu'on l'espérait. L'objectif de l'étude FEMHealth était de mieux comprendre la raison pour laquelle les politiques d'exemption des paiements sont adoptées (ou non) et les conditions de leur succès. Au cours de cette étude, nous avons développé une méthode qui peut servir de base pour la conduite de recherche similaire à l'avenir.

L'approche méthodologique utilisée a été inspirée par des principes d'évaluation réalistes. Une série d'études de cas ont été menées dans 2 districts au Bénin, au Burkina Faso, au Mali et au Maroc. Notre hypothèse était que le personnel de santé peut simplement adopter un changement de politique, l'adapter positivement ou négativement, ou ne pas la mettre en œuvre. L'engagement personnel, la perception de l'opportunité, la pression locale, l'adéquation avec les besoins locaux et la mise en application par la hiérarchie font partie des facteurs qui peuvent faciliter l'adoption et l'adaptation positive. Nous avons été confrontés à quelques défis méthodologiques tels que l'élaboration de l'hypothèse initiale - la théorie initiale de portée intermédiaire, dans le jargon réaliste - la question de savoir ce qui constitue un mécanisme de changement et les défis de la mise en œuvre d'une évaluation réaliste dans un consortium multicentrique, pluridisciplinaire et plurilingue.

### LES MESSAGES CLÉS

- Les politiques visant à réduire les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes enceintes ont été introduites dans de nombreux pays afin de réduire l'inégalité d'accès aux soins, l'appauvrissement des ménages et la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale. Mais il existe souvent un écart entre les politiques et leur mise en œuvre effective.
- Le processus et le contexte de mise en œuvre des politiques peut expliquer, dans une certaine mesure, l'adoption (ou non) des politiques par les principales parties prenantes, la profondeur de la mise en œuvre et par conséquent l'efficacité de la politique.
- Dans chacun des districts couverts par nos études de cas, la politique a été généralement bien adoptée par les gestionnaires des hôpitaux. De façon générale pour les infirmiers et les sages-femmes la politique était positive. On a observé cependant que les médecins, et notamment les spécialistes, utilisent leur position de pouvoir pour mettre en œuvre la politique à minima ou la transforment ou modifient à leur avantage.
- L'acceptation formelle de la politique dans la plupart des cas n'a pas entraîné son adaptation proactive aux contextes locaux. Là où la culture organisationnelle locale est une culture de laissez-faire, la politique est mise en œuvre sur le papier à un degré minimal.
- Pour mettre en œuvre les politiques comme prévu, les gestionnaires ont besoin de marges de liberté suffisantes en termes de gestion du personnel de santé et d'approvisionnements fiables en médicaments et équipements, de remboursements réguliers et de directives opérationnelles claires.
- Les gestionnaires ont également besoin d'un sens élevé du service public qui se reflète dans la gouvernance, et qui fait en sorte que les espaces de décision et les ressources sont utilisés dans l'intérêt du public. Une supervision d'appui, soit par la direction régionale ou par le département responsable de la mise en œuvre de la politique, est également importante.
- L'approche réaliste est idéalement exécutée par des équipes pluridisciplinaires. Elle est exigeante en termes de capacité d'analyse et de temps, mais permet une meilleure compréhension de la façon dont le contexte détermine l'adoption et la mise en œuvre de la politique.



## PRINCIPAL PROBLÈME ABORDÉ

Les politiques visant à réduire les barrières à l'accès financier aux soins pour les femmes enceintes ont été introduites dans de nombreux pays et le nombre d'études sur l'exemption des paiements augmente de façon rapide.

La plupart des publications sur l'exemption des paiements rendent compte de l'efficacité de ces politiques et se penchent sur la question de savoir si la politique a fonctionné et dans quelle mesure. De nombreux articles et études présentent les meilleures pratiques et les données probantes sur l'efficacité. Certains notent, toutefois, que la mise à l'échelle des politiques peut être entravée par des contraintes liées à la capacité de mise en œuvre elle-même liée au personnel de santé, à l'infrastructure et à l'accessibilité des services de façon générale. Bien que l'écart entre la politique et la mise en œuvre soit ainsi reconnu, peu d'études s'intéressent aux raisons de cet écart.

Nous avons examiné l'écart dans la mise en œuvre de la politique du point de vue des gestionnaires et des prestataires des systèmes de santé au niveau local. Notre but était de répondre à la question suivante: «Pourquoi la politique d'exemption des paiements est adoptée (ou non) et quelles sont les conditions pour une mise en œuvre efficace?»

### Les questions de recherche

Nous avons identifié les questions de recherche suivantes:

- Comment et dans quelle mesure la politique d'exemption de paiements est-elle mise en œuvre?

- Quelles sont les perceptions des gestionnaires des services de santé et des prestataires en termes de défis liés à ce changement ou introduction de ces politiques?
- Quels sont les mécanismes de changement qui expliquent l'adoption et la mise en œuvre de la politique?
- Quels éléments de contexte facilitent l'adoption de la politique?

### L'approche méthodologique

Nous avons adopté l'approche d'évaluation réaliste qui a été élaborée par Pawson et Tilley (1997). Ils affirment que pour être utiles aux décideurs, les évaluations doivent indiquer ce qui fonctionne, pour qui, dans quelles circonstances, à quels égards, sur quelle durée et pourquoi, plutôt que de répondre uniquement à la question «cela fonctionne-t-il?»

La Figure 1 présente le cycle d'évaluation réaliste. La théorie initiale, qui n'est rien de plus qu'une hypothèse détaillée, indique comment l'intervention est censée produire son effet et dans quelles conditions. Elle peut être formulée sur la base d'une théorie existante, l'expérience antérieure, des évaluations ou des travaux de recherche antérieurs ainsi que des éclairages et des perceptions des acteurs impliqués.

Dans l'étape suivante, le devis de l'étude est choisi et les outils de collecte de données sont élaborés et testés. L'évaluation réaliste est neutre du point de vue méthodologique: le devis de l'étude et les méthodes de collecte de données devraient permettre de 'tester' les éléments et les hypothèses principaux. Il est habituel de collecter des données aussi bien quantitatives que qualitatives selon les exigences de la théorie initiale. La phase de collecte des données est suivie par l'analyse des données, par laquelle

l'évaluation réaliste utilise la configuration contexte-mécanisme-résultat (CMR) comme principal outil analytique.

Les configurations CMR obtenues, qui résument les conclusions, sont alors évaluées pour voir si elles donnent une explication plausible qui clarifie comment l'intervention a débouché sur les résultats observés. Les CMR sont finalement comparées à la théorie initiale, qui est alors affinée. Cela donne le coup d'envoi d'une nouvelle étude dans un cycle qui raffine la théorie à travers les résultats de l'analyse des nouvelles données collectées (Pawson and Tilley, 1997).

### La théorie initiale de moyenne portée sur l'adoption de la politique

Pour découvrir quelles théories ou cadres sont utilisés pour évaluer l'adoption et la mise en œuvre des politiques d'exemption des paiements nous avons mené une revue de la littérature sur les services de santé maternelle. Cette revue a révélé qu'il y a peu d'études qui explorent comment et pourquoi les politiques ne sont pas mises en œuvre au-delà de l'examen des facteurs de la formulation et de l'appui aux politiques.

Nous avons mené une seconde revue axée sur la littérature portant sur la mise en œuvre des politiques dans le domaine de la science politique, l'administration publique et l'analyse des politiques.

Cette revue a suggéré que les points suivants sont importants pour la mise en œuvre des politiques et a éclairé notre théorie initiale (voir figure 2):

- La politique doit être adoptée non seulement par les gestionnaires des services de santé, mais également par les prestataires. À ces deux niveaux, la politique peut être adoptée, adaptée positivement ou appliquée de façon négative, ou être arrêtée.
- Le niveau de mise en œuvre de la politique dépend de la façon dont les gestionnaires de service, les prestataires au niveau local et la communauté l'adoptent (ou non). Ils sont influencés par des facteurs au niveau organisationnel et des communautés locales ainsi qu'au niveau des programmes et des politiques.
- La politique est plus susceptible d'être pleinement adoptée par les prestataires et les gestionnaires de services s'ils se sentent engagés à son égard, se sentent obligés de l'adopter et s'ils croient qu'ils peuvent en bénéficier en termes d'avantages financiers et sociaux.

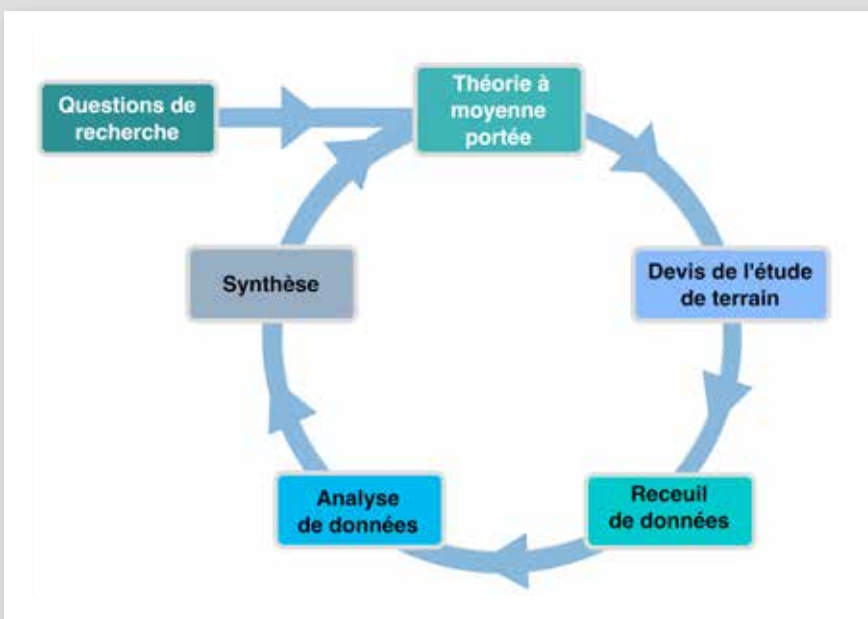


Figure 1 – Le cycle d'évaluation réaliste

- Parmi les facteurs favorables figure une bonne adéquation de la politique avec les objectifs personnels et les objectifs et la culture organisationnels, des ressources et un appui organisationnel suffisants, et un système de suivi et de sanctions efficace (y compris les pressions politiques locales ou la pression du public). Ce dernier requiert en retour que les représentants communautaires soient bien informés de la politique et disposent d'une voix et de canaux de participation efficaces. Si ces facteurs favorables sont absents, le risque que les élites s'en saisissent est plus élevé.
- Le programme est susceptible d'être adapté de façon positive si les prestataires de services et les gestionnaires pensent qu'il peut être amélioré. En plus d'un personnel motivé, cela requiert des capacités suffisantes et des espaces décisionnels afin d'adapter le programme à la situation locale.
- L'adoption par les gestionnaires et les prestataires de services sera améliorée s'il existe des directives opérationnelles qui indiquent les objectifs, les groupes cibles et les modalités de mise en œuvre. Parmi les autres facteurs favorables figure une bonne disponibilité des intrants nécessaires

(financement, consommables), la formation (si nécessaire) et la compensation pour la perte de revenus. Un organisme spécialisé doté d'un mandat clair peut faciliter la mise en œuvre.

- En plus de ces intrants techniques, les processus

sont importants. Le niveau de consensus sur les objectifs, les groupes cibles et les modalités de la mise en œuvre (faibles niveaux d'ambiguïté et de conflit) influence la mise en œuvre de la politique.

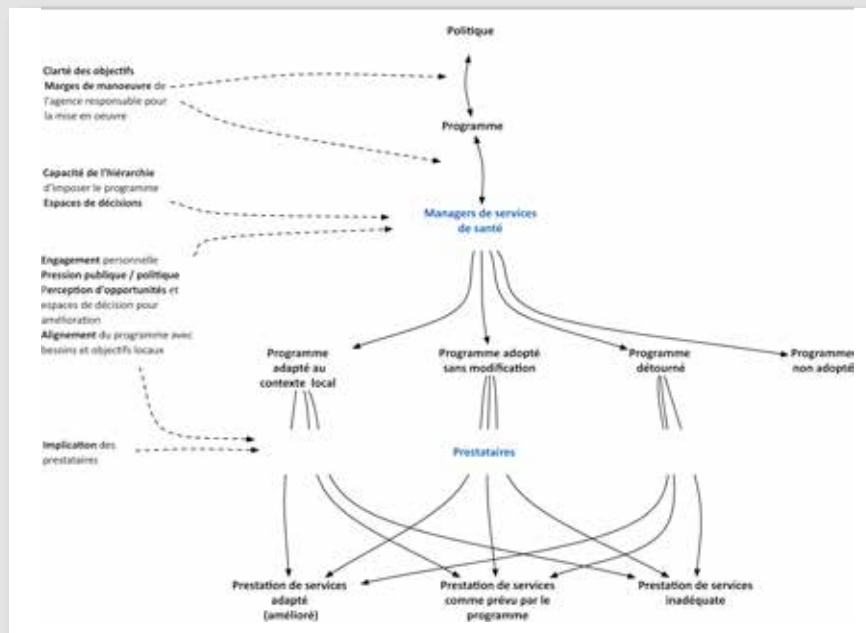


Figure 2 – Les méthodes de la théorie initiale de portée intermédiaire

## Méthodes

Pour tester cette hypothèse, nous avons adopté le design « études de cas comparatives ». Nous rendons compte des études effectuées au Maroc, au Bénin et au Burkina Faso. Dans chaque pays, deux districts ont été sélectionnés parmi les sites FEMHealth sur la base d'une étude antérieure sur les effets de la politique au niveau du système de santé local. Conformément aux principes de l'évaluation réaliste, la sélection des cas était soigneusement pesée. Pour examiner l'écart entre la politique et la mise en œuvre, nous avons sélectionné un district ayant une mise en œuvre forte et une autre ayant une mise en œuvre faible de la politique. Les données ont été collectées à travers des entretiens en profondeur et une revue documentaire. Parmi les répondants clés figuraient les gestionnaires des services de santé (équipe de gestion du district, équipe de gestion hospitalière et cadres de niveau intermédiaire), et les prestataires de soins de santé au niveau hospitalier. Nous avons utilisé les données collectées pour cartographier les effets de la politique FEMHealth comme données primaires (voir la Note de politique POEM). Des entretiens supplémentaires ont été menés lorsque cela a été jugé nécessaire.

L'analyse était structurée autour des étapes suivantes:

- Description du site de l'étude

- Description de la politique telle qu'elle a été mise en œuvre
- Analyse du processus de mise en œuvre
- Analyse du processus d'adoption de la politique, axée sur les gestionnaires des hôpitaux, les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, l'équipe de gestion de la santé au niveau du district et l'équipe régionale de gestion de la santé
- Synthèse des résultats et comparaison avec la MRT initiale et résultats de la comparaison des cas

## Résultats

L'analyse montre que dans chacun des districts étudiés, la politique a été généralement bien adoptée par les gestionnaires des hôpitaux. Les infirmiers et les sages-femmes en général ont également perçu la politique de façon positive. Dans tous les cas, en raison de leur position de pouvoir relativement faible, ils ne pouvaient guère faire autrement que de la mettre en œuvre comme prescrit. Il a été constaté que les médecins, et notamment les spécialistes utilisent leur position de pouvoir pour mettre en œuvre la politique sans enthousiasme ou la change à leur avantage.

### Le contexte local est important

Toutefois, l'acceptation formelle de la politique dans la plupart des cas n'a pas entraîné une adaptation proactive de la politique aux contextes locaux. Nous avons constaté que le contexte local

est important: là où la culture organisationnelle locale est une culture de laissez-faire ou de respect formel, la politique est mise en œuvre sur papier et à un degré minimal. Au Maroc, à titre d'exemple, nous avons rencontré des cas où les spécialistes ont formellement adopté la politique, mais ont fait une lecture littérale des exigences minimales pour mettre en œuvre cette politique. Ils ont utilisé par exemple des critères de qualité inclus dans la politique comme un prétexte pour ne pas organiser un système de gardes permanent. La politique a été formellement adoptée, mais également utilisée pour maintenir une situation confortable pour les prestataires mais néfaste pour les patients. Ces pratiques étaient admises par l'administration, qui prétendait être impuissante vis-à-vis des spécialistes et qui ne souhaitait pas troubler l'ordre négocié avec ces prestataires.

### Valeur accordée à la mission de l'organisation

Dans d'autres cas, nous avons constaté que le contexte organisationnel local était favorable à la mise en œuvre de la politique, ou inversement que la politique était favorable à la mission organisationnelle - un cas où la valeur accordée à la mission de l'organisation était forte. À titre d'exemple, dans un hôpital au Bénin, l'équipe de gestion a utilisé les remboursements généraux pour renforcer d'autres services non ciblés et pour mieux rémunérer l'ensemble du personnel, non pas

## SOURCES PRINCIPALES

Marchal B, Van Belle S, De Brouwere V, Witter S: Studying complex interventions: reflections from the FEMHealth project on evaluating fee exemption policies in West Africa and Morocco. BMC Health Services Research 2013.

Marchal B, Van der Veken K, Essolbi A, Dossou JP, Richard F, Van Belle S: Methodological reflections on using realist evaluation in a study of fee exemption policies in West Africa and Morocco (2013) Aberdeen: FEMHealth.

Pawson R & Tilley N (1997) Realistic Evaluation, London, Sage.

FEMHealth Policy Effects Mapping tool brief ('how to evaluate the effects of a policy on the local health system')(2013) <http://www.abdn.ac.uk/femhealth/about/programme-outputs/>

Toutefois, d'autres chercheurs ont montré moins d'enthousiasme vis-à-vis de cette approche et ont préféré s'en tenir à leurs méthodes habituelles. Un dialogue et des discussions permanentes se sont avérés comme la seule façon de faire face à de telles interprétations. De plus amples détails sont disponibles dans le document de réflexion produit par les chercheurs FEMHealth (Marchal et al, 2013).

### Contact

Pour de plus amples informations, veuillez contacter Bruno Marchal, Département de Santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers - [bmarchal@itg.be](mailto:bmarchal@itg.be).

### À propos de la FemHealth

La FEMHealth est un projet de collaboration financé par la Commission européenne dont la durée s'étend de janvier 2011 à décembre 2013. FEMHealth signifie 'Exemption des paiements pour les soins de santé maternelle'.

Les objectifs généraux de la FEMHealth sont d'améliorer la santé des mères et des nouveau-nés par la réalisation d'évaluations exhaustives sur l'impact, le coût et l'efficacité de la suppression des paiements pour la prestation de soins de maternité et de soins obstétricaux d'urgence (SOU) sur l'état de santé maternelle et néonatale et la qualité des services. La recherche FEMHealth a été menée au Bénin, au Burkina Faso, au Mali et au Maroc. Tous ont récemment lancé des politiques nationales visant à réduire les barrières financières à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. De plus amples informations sont accessibles via le site Web de la FEMHealth ([www.abdn.ac.uk/femhealth](http://www.abdn.ac.uk/femhealth)).

parce que la politique le disait (elle était silencieuse sur ce sujet), mais parce que l'équipe de gestion y a vu une opportunité et l'a utilisée stratégiquement pour renforcer la prestation de services de l'ensemble de l'hôpital.

### Liberté et appui

L'étude a confirmé que pour mettre en œuvre la politique comme prévu, les gestionnaires ont besoin de marges de liberté suffisantes en termes de gestion du personnel de santé et d'approvisionnements en médicaments et équipements, de remboursements réguliers et de directives opérationnelles claires. Un élément au moins tout aussi important est un sens du service public qui assure que des espaces décisionnels et des ressources sont utilisés dans l'intérêt du public, et/ou une mise en application effective par les

niveaux hiérarchiques supérieurs. En effet, une gouvernance efficace, telle qu'observée au nord du Bénin et dans un district au sud du Burkina Faso, est indispensable.

Le personnel de santé est susceptible d'adapter positivement la politique au contexte local s'il bénéficie d'une supervision par la direction régionale ou l'agence responsable de la mise en œuvre de la politique. Au Bénin, nous avons rencontré des exemples de la façon dont l'agence responsable de la mise en œuvre et du suivi du programme a fourni un appui efficace et contribué à adapter la politique aux réalités du terrain.

### Apprentissage méthodologique

Le premier défi est le choix de la théorie qui sera utilisée pour formuler la théorie initiale. Dans l'évaluation réaliste, le point de départ est issu de l'ensemble de connaissances acquises dans le domaine, mais il est évident que malgré plus de 40 ans de recherche, il n'existe guère de consensus dans la littérature sur la mise en œuvre des politiques à propos des principes théoriques et des méthodes de recherche. Deuxièmement, il est frappant que la majeure partie du travail théorique, méthodologique et empirique ait été menée en Amérique du Nord, au Royaume Uni ou en Scandinavie. Cela souligne la nécessité d'accorder une attention suffisante aux structures et aux mécanismes de gouvernance dans les pays à l'étude, ainsi qu'à la nature des bureaucraties et des autres organismes qui interviennent dans la mise en œuvre.

Un second défi concernait la définition de 'mécanisme'. Dans la littérature réaliste, il n'existe pas encore de consensus sur l'interprétation de 'mécanisme'. Certains auteurs s'en tiennent à la définition fournie par Pawson et Tilley (1997): "Un mécanisme n'est pas une variable mais un compte rendu du comportement et des corrélations des processus responsables du changement. Un mécanisme est par conséquent une théorie". De telles définitions abstraites doivent être traduites de façon plus concrète. Dans la littérature axée sur la mise en œuvre des politiques, 'autorité', 'intérêt commun' et 'échange' sont mentionnés comme les 3 types d'incitation à la coopération qui contribuent à une bonne mise en œuvre de la politique. En effet, dans la plupart des pays, la politique a été adoptée par les responsables de la mise en œuvre par défaut. Ils estiment qu'il n'est pas possible d'aller formellement contre une décision centrale, en l'occurrence la politique telle qu'imposée par l'administration centrale.

Cette perception de coercition est plus accentuée là où le système bureaucratique est bien développé. Une telle perception de la pression, toutefois, entraîne simplement une adoption, mais pas automatiquement une bonne mise en œuvre.

Le troisième défi concernait l'utilisation de l'approche d'évaluation réaliste, une approche avec laquelle peu de centres de recherche ont de l'expérience. La familiarisation et la formation des chercheurs a été une première étape. Nous avons introduit des concepts fondamentaux lors des réunions de planification du consortium et à travers le dialogue avec les chercheurs. Le suivi a été assuré durant les ateliers et les réunions de recherche sur le protocole de recherche. Des contacts par courriel et des discussions personnelles durant les visites de terrain ont apporté davantage d'opportunités pour le transfert de connaissances et de compétences. Ce processus a pris plus de temps que prévu.

Une fois que toutes les équipes étaient au même niveau de compréhension de l'évaluation réaliste, le reste s'est avéré plus facile. En effet, l'évaluation réaliste est neutre d'un point de vue méthodologique, et nous avons pu faire appel aux aptitudes de recherche quantitative et qualitative et aux compétences des équipes de recherches durant la phase d'élaboration du devis de recherche et des outils de collecte des données. Toutefois, l'explication de l'approche analytique requise pour l'interprétation des données dans une évaluation réaliste s'est avérée plus difficile. Chaque membre de l'équipe a répondu à l'approche analytique réaliste sur la base de sa formation scientifique ou de sa discipline. Certains sociologues n'ont pas eu de problème avec l'évaluation réaliste et ont rapidement saisi l'essentiel. Pour certains médecins en santé publique, l'évaluation réaliste a ouvert de nouveaux horizons, et a apporté une façon innovante d'approcher et d'analyser les problèmes des systèmes de santé.

