



Politiques publiques et lutte contre l'exclusion: un réseau de chercheurs/décideurs pour l'équité en santé

Résumé. En novembre 2001, une subvention du Centre de Recherche en Développement International a permis de mettre en place un réseau de recherche dont le thème central est l'équité d'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. L'objectif était de constituer un réseau de chercheurs et de décideurs de l'Afrique de l'Ouest actif dans la promotion de politiques de santé «pro-équité» et de favoriser l'émergence d'un observatoire des systèmes de santé sous régional en renforçant les capacités locales de recherche sur les systèmes de santé. Des équipes associant chercheurs et décideurs réalisent des projets de recherche qui s'inscrivent dans les agendas nationaux de recherche et qui ont établi des évidences sur l'équité des mesures prises dans le cadre des différentes politiques nationales de santé. Des activités de valorisation et de transfert ont alimenté des processus de révision de ces mesures dans les pays.

La première phase de cette initiative a duré 3 ans (2001-2004) et concernait 3 pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Sénégal). Les projets ont touché l'évaluation des mesures d'exemption du paiement des forfaits hospitaliers pour les urgences obstétricales (BF), des mécanismes d'exemption des paiements pour les indigents (RCI) et un portrait du milieu mutualiste sénégalais, des logiques et des dynamiques de ses acteurs. Après une période transitoire de 2 ans, une troisième phase de cette initiative a démarré en 2006, visant la diversification et la consolidation du réseau. Le Bénin et le Mali se sont ajoutés aux trois pays initiateurs. Les projets de recherche sont en cours, ils concernent: l'évaluation de l'impact des mutuelles de santé au Bénin, l'analyse des conditions de mise en œuvre des mesures gouvernementales de réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso, la conception d'une stratégie nationale d'exemptions pour les indigents en Côte d'Ivoire, l'analyse des effets d'un programme de réduction de la mortalité maternelle et à documenter leurs mécanismes de production au Mali et une définition de l'orientation du mouvement mutualiste sénégalais afin de maximiser son potentiel de réduction des inégalités d'accès aux soins. Des résultats préliminaires des travaux de cette phase sont disponibles.

Détails des auteurs

Pierre Fournier (Université de Montréal), Abel Bicaba, (SERSAP: Société d'Études et de Recherche en Santé Publique), Idrissa Diop (HYGEA), Auguste Didier Blibolo (Université de Cocody-Abidjan et Institut des Sciences Anthropologiques de Développement), Slim Haddad (Université de Montréal), Koman Sissoko (Région Sanitaire de Kayes), Salimata Ouédraogo/Ki (Association Burkinabé de Santé Publique), Ousseynou Diop (HYGEA), Guillaume Yaou Loukou (Ministère de la Santé, Côte d'Ivoire), Valéry Ridde (Université de Montréal), Caroline Tourigny (Université de Montréal), Ernest Dabiré, (Centre de Recherche en Développement International).

1. Introduction

Les systèmes de santé des pays en développement et plus particulièrement en Afrique de l'Ouest ont connu des transformations majeures durant ces dernières décennies. Si certaines politiques ont permis d'améliorer l'accessibilité géographique et parfois l'efficacité des services de santé, la question de l'équité d'accès aux soins n'est toujours pas résolue, elle s'est même aggravée dans de nombreux cas, contribuant ainsi à l'augmentation de la pauvreté.

Les inégalités de santé et d'accès aux soins demeurent importantes dans la sous région. Certains sont exclus des soins de manière permanente, d'autres, plus nombreux, constituent le groupe des exclus temporaires, leurs capacités de payer, de se déplacer ou encore, de se libérer pour aller se soigner ou soigner une personne à charge, variant au gré des saisons et du rythme d'activité. Ces

inégalités épousant une hiérarchie socioéconomique, on observe que le fardeau de la santé tend à s'accroître avec la pauvreté et que la maladie est une source d'appauvrissement supplémentaire des ménages démunis.

Ces derniers sont plus fréquemment exposés à des soins ou des traitements de mauvaise qualité et à des pratiques non éthiques, notamment de surfacturation. L'Afrique de l'Ouest est incontestablement la région où les transformations des systèmes de soins inspirées de l'Initiative de Bamako ont été les plus rapides et les plus profondes. Ces réformes ont mis l'accent sur l'amélioration de l'efficacité (essentiellement allocative et secondairement technique) et bien qu'elles comportent une dimension importante de décentralisation, cette dernière a été vue plus sous son angle managérial que sociétal. La participation communautaire pourtant largement promue ne s'est généralement pas traduite par une redistribution du pouvoir aux communautés et l'attitude des pouvoirs publics en matière de prestation de services essentiels n'a pas fondamentalement changé. La prochaine génération de réformes des systèmes de santé devra s'inscrire dans une perspective beaucoup plus large de bonne gouvernance et d'équité (justice sociale) et les défis qui se posent actuellement aux systèmes de santé constituent une excellente opportunité pour amorcer un nouveau cycle de réformes adoptant une perspective différente. Actuellement la réduction de l'exclusion aux soins et son corollaire, l'extension de la couverture du risque maladie sont les thèmes centraux des préoccupations des décideurs, des gestionnaires et des chercheurs concernés par l'évolution des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest.

Bien que la recherche sur les services de santé en Afrique de l'Ouest se soit intensifiée, elle demeure d'une envergure modeste et elle répond insuffisamment aux besoins liés à l'évaluation et la formulation des politiques de santé. L'exploitation des données est souvent incomplète et ses résultats n'influencent pas de façon déterminante la formulation des politiques publiques.

2. Esprit du programme « politiques publiques et lutte contre l'exclusion »

Ce programme financé par le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI), son but est de contribuer à la formulation de politiques publiques visant à réduire l'exclusion des plus démunis aux soins de santé et la réduction du fardeau de la pauvreté en Afrique de l'Ouest. Son objectif général est de produire et valoriser les résultats des recherches sur les services de santé et renforcer les capacités locales de recherche sur les systèmes de santé et ses objectifs spécifiques visent à développer : 1) des produits de la recherche qui puissent être utilisés par différents publics cibles (décideurs, groupes de pression, professionnels) et 2) des savoir-faire en matière de plaidoyer et d'action politique.

Le programme a permis de produire des résultats de recherche sur les questions d'équité en matière d'accès aux soins et de politiques sanitaires dans quelques pays de la sous région qui sont scientifiquement valides, politiquement prioritaires et qui permettent une rétroaction au niveau des politiques publiques sanitaires nationales. Il a connu trois phases.

3. Première phase (décembre 2001 à novembre 2004)

3.1 Description générale

Soutenues par l'Université de Montréal, trois équipes nationales (Burkina Faso, Sénégal la Côte d'Ivoire) ont développé et réalisé des études sur des problématiques nationales jugées prioritaires. Des échanges inter-pays ont permis de favoriser le partage de connaissances et d'expériences et de renforcer les capacités mutuelles d'influence sur la formulation de politiques réduisant l'exclusion aux soins de santé.

3.2 Burkina Faso : *Accès aux urgences chirurgicales et équité*

L'Association Burkinabé de Santé Publique (ABSP) a réalisé une recherche évaluative qui a montré que les mesures d'exemption du paiement des forfaits hospitaliers pour les urgences obstétricales étaient mal conçues et mal ciblées. De ce fait, ces mesures ne facilitent pas l'accès des femmes les plus démunies aux services chirurgicaux des hôpitaux régionaux comme elles étaient supposées le faire. Différentes activités de sensibilisation et de restitution auprès des acteurs du système de santé (Ministère de la santé et partenaires) ont permis de véhiculer ce message. Par la suite la Direction des Hôpitaux a reformulé sa politique d'exemption des paiements par les indigents.

3.3 Côte d'Ivoire : *Recherches et plaidoyer pour l'amélioration de l'assistance aux malades indigents dans les services de santé en Côte d'Ivoire*

Une équipe composée de chercheurs de l'École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA), de l'Université de Cocody-Abidjan et de l'École Normale Supérieure a procédé à l'évaluation des mécanismes d'exemption des paiements pour les indigents dans 3 formations sanitaires d'Abidjan. Cette étude a montré que ces mécanismes ne disposaient pas de bases factuelles, que les exemptions étaient appliquées au gré du bon vouloir des gestionnaires et que le rôle des services sociaux dans la prise de décision était variable. Ces faits ont été portés à la connaissance des acteurs du système et cela a abouti à la définition de critères d'éligibilité aux exemptions, à la réhabilitation du rôle prépondérant que doivent jouer les services sociaux et à l'identification des différents flux des patients qui doivent les conduire à l'évaluation de leur éligibilité aux exemptions au titre d'indigents.

3.4 Sénégal : *Équité et Mutualité*

L'étude réalisée par HYGÉA, en étroite collaboration avec la Division du Partenariat du Ministère de la Santé, a porté sur les mutuelles de santé. Elle a permis de réaliser un recensement exhaustif des différents types de mutuelles. Des informations provenant des administrateurs de ces mutuelles, des adhérents, des ex adhérents et des structures d'appui ont permis de mieux comprendre les logiques et les dynamiques des acteurs de ce champ. Au terme de cette étude, on connaît mieux le milieu de la mutualité au Sénégal et surtout les barrières en termes d'amélioration à l'accès aux soins pour les plus démunis et de prévention des conséquences financières désastreuses liées à la maladie. Des activités de restitution ont permis de remettre à l'ordre du jour des priorités gouvernementales le développement des mutuelles de santé et surtout de recentrer leurs stratégies de développement. Un travail de recherche plus poussé a permis de caractériser les valeurs auxquelles les adhérents étaient attachés et les facteurs individuels et organisationnels liés à ces valeurs.

3.5 Impact de ces recherches

Ces trois recherches ont soulevé des questions de fond qui permettent d'orienter les priorités de recherche à venir sur les questions de protection contre l'exclusion des soins en Afrique de l'Ouest. Les études menées dans les pays ont mis un accent particulier sur le transfert des connaissances produites auprès des acteurs concernés par les problématiques. Ceci a favorisé l'action au niveau de la réorientation de politiques publiques axées sur les systèmes sanitaires Ouest africains.

Le programme a également favorisé le renforcement des capacités de recherche de trois équipes via les liens sud-sud et sud-nord facilités et établis par le projet. De nombreuses améliorations ont

été notées tant en matière de capacités techniques méthodologiques, qu'au niveau de l'élaboration de protocoles de recherche scientifiquement valides et de la maîtrise de méthodes et d'approches diverses d'analyse de données. Cette démarche institutionnelle plutôt qu'individuelle permet la pérennisation des acquis en matière de capacité de recherche en santé publique.

4. Phase 2: phase transitoire (mars 2005-janvier 2006)

Elle avait pour but de préparer la Phase III sur la base des principes suivants :

1. Poursuivre les mêmes objectifs en termes d'orientation de recherche et de transfert des connaissances pour contribuer à la formulation de politiques publiques visant à réduire l'exclusion des plus démunis aux soins de santé et la réduction du fardeau de la pauvreté en Afrique de l'Ouest.
2. Étendre le programme à un plus grand nombre de pays en Afrique de l'Ouest.
3. Pour les pays de la Phase I (Sénégal, Côte d'Ivoire, Burkina Faso) poursuivre le travail sur la même thématique afin de favoriser leur approfondissement.
4. Favoriser les échanges Sud-Sud, transférer des responsabilités de coordination et d'édéveloppement aux équipes africaines du réseau pour viser son autonomisation.

5. Troisième phase (septembre 2006 – septembre 2009)

5.1 Description générale

Deux équipes de recherche (Mali, Bénin) se sont ajoutées aux trois équipes déjà existantes. Cette troisième phase vise à :

- Renforcer les groupes nationaux de réflexion et d'influence déjà créés afin d'améliorer leurs capacités d'analyser les effets des politiques publiques sur l'accès aux soins en se basant sur des données probantes.
- Soutenir d'un point de vue méthodologique les équipes de recherche afin d'améliorer la validité des évidences scientifiques produites.
- Renforcer des échanges intra et inter-pays afin de favoriser le partage de connaissances et d'expériences, de renforcer les capacités mutuelles d'influence sur la formulation de politiques réduisant l'exclusion aux soins de santé.
- Accroître la participation des équipes-pays à des forums internationaux et faciliter l'établissement de liens avec d'autres réseaux d'analyse des politiques dans le cadre du programme Gouvernance, Équité et Santé du CRDI.

5.2 Bénin : *Élaboration d'une méthodologie d'évaluation de l'impact des mutuelles de santé*

Ce projet vise à contribuer à la production de données probantes sur les effets des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé se présentent comme une forme d'assurance-santé sans but lucratif et adhésion volontaire, gérée par la communauté. La prime d'adhésion ouvre droit à la prise en charge ou au remboursement, partiel ou total des frais engagés pour des services de santé. Les mutuelles de santé tentent ainsi de concilier les objectifs d'équité d'accès aux soins et de financement viable des systèmes de santé. Les attentes à leur égard sont élevées, à la mesure de ces ambitieux objectifs. Elles relèvent de logiques de trois ordres. La première est *assurantielle*. Les promoteurs de la mutuelle attendent d'elle qu'elle protège ses adhérents contre le risque d'appauvrissement relié au risque maladie, améliore l'accès aux soins, réduise l'exclusion, et favorise l'utilisation des services. La deuxième est *financière*. L'engouement actuel pour les mutuelles de santé réside dans une large mesure, dans l'espoir qu'entretiennent les

gouvernements, organisations d'aide au développement, et acteurs de la santé, qu'elles puissent les aider à résoudre la crise du financement des systèmes de santé. Une troisième logique consiste à voir dans la mutuelle de santé un *instrument au service du changement social*. Les promoteurs des mutuelles de santé pensent que la participation des membres de la communauté à une assurance où les cotisants deviennent solidaires et partagent ensemble les risques d'être malades peut contribuer « l'entre-soi » villageois. Il est aussi postulé que la création d'un groupement de mutualistes jouant le rôle d'acheteur de services de santé peut servir de contre-pouvoir vis-à-vis notamment des prestataires de soins et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des services fournis aux membres des mutuelles.

En pratique toutefois, les bienfaits collectifs de l'assurance communautaire ne sont pas encore suffisamment établis. L'information disponible est inégale, tant en disponibilité qu'en qualité, pour les trois aspects des effets des mutuelles qui nous intéressent ici, à savoir : i) l'impact sur la population (adhérents et non-adhérents), en termes de protection financière, de sentiment de sécurité, d'accès et d'utilisation des soins, et d'état de santé ; ii) l'impact sur les services de santé, en termes de financement, de qualité des soins, et d'attitude des prestataires ; enfin, iii) l'impact sur les dynamiques sociales. Ce projet vise à évaluer les effets d'une dizaine de mutuelles au Bénin. Ces mutuelles sont conventionnées avec 11 centres de santé et deux hôpitaux de deux zones sanitaires.

Évaluation

L'évaluation porte principalement sur deux composantes. La première concerne les résultats de l'adhésion à la mutualité sur le coût des soins et la prise en charge des parturientes et des patients hospitalisés. Elle repose sur la réalisation de deux études prospectives incluant des utilisateurs recrutées dans les formations sanitaires conventionnées couverts (cas) et non couverts (témoins) par une mutuelle. Le devis est de type « *expost* » avec groupe témoin comparable, chaque cas étant apparié avec une (parturientes) ou deux (patients hospitalisés) témoins comparables. Les principales mesures de résultat prises en compte sont les durées de séjour, les délais de référence, le coût et la distribution des coûts lors de l'épisode de soins, la qualité perçue des services reçus.

La seconde composante se centre sur les effets de l'expérience mutualiste sur l'organisation et les pratiques d'entraide dans les communautés concernées. L'objectif est d'apprécier les effets de la participation d'une personne à une mutuelle de santé sur ses pratiques d'entraide avec les membres et les non-membres des mutuelles, sur la confiance qu'elle témoigne envers les membres, envers les mutuelles et envers les agents de santé et sur le renforcement de son pouvoir d'agir sur ce qui est important pour elle-même. L'étude inclut la réalisation de groupes de discussions avec des membres, des délégués et des responsables mutuelles, des membres de l'équipe de zone de Papane, et l'équipe du programme du CIDR. Ils sont complétés par des entrevues individuelles conduites avec des informateurs-clé et des agents de santé.

Résultats préliminaires

Cent-quarante-deux paires de parturientes ont été recrutées sur une période d'un an. En moyenne, l'épisode d'accouchement a, en tout, coûté 16000 Francs CFA aux femmes couvertes par une mutuelle. Les tests appariés montrent qu'en moyenne, les dépenses totales encourues par la parturiente mutualiste sont significativement moindres que celles de son homologue non mutualiste (-33%). Les coûts facturés à l'adhérente sont en moyenne, inférieurs de 34% au centre de santé et de 69% à l'hôpital. Il n'y a pas de différence entre l'adhérente et la non-adhérente dans les montants déboursés au titre des autres coûts directs médicaux et non médicaux. La durée

de séjour de la mutualiste au centre de santé est inférieure à celle de son homologue de près de 20% (35,2 heures vs 45,2). Il n'y a pas de différence dans l'appréciation que la parturiente couverte par une mutuelle juge l'accueil du personnel et les soins reçus pendant son séjour.

Cent-neuf triplées (un cas, deux témoins) de patients hospitalisés ont été recrutées. L'épisode d'hospitalisation est significativement moins coûteux pour l'adhérent à une mutuelle qu'à ses témoins appariés. L'épisode lui revient en moyenne, environ 38000 Francs, soit 14000 Francs de moins qu'à ses témoins. Cette économie résulte de la différence observée dans les coûts facturés par l'hôpital pour le séjour dans l'établissement (7300 vs 22900). L'adhésion ne se traduit pas aucun avantage dans les déboursés effectués au titre des autres coûts directs médicaux et non médicaux (médicaments, frais de transport, nourriture et autres). En revanche, le patient couvert par une mutuelle se dit en moyenne, significativement moins bien accueilli à l'hôpital que ses témoins appariés. Aucune autre différence significative n'apparaît entre cas et témoins, dans les questions touchant l'appréciation des services reçus.

La mise en place des mutuelles de santé n'a pas provoqué la création de mécanismes spécifiques d'entraide entre mutualistes et non mutualistes. Pour différentes raisons, aucune mutuelle n'a instauré de système de prise en charge des indigents. En amont, il a aussi été constaté que quelques systèmes d'entraide, dont l'existence est largement préalable à celle des mutuelles en santé, sont parfois mobilisés pour favoriser l'adhésion de leurs membres aux micro-assurances santé. Sur le point spécifique de la confiance du mutualiste, ces derniers témoignent d'une confiance élevée envers leurs élus et en leur mutuelle. Il est intéressant de noter que cette confiance est aussi vécue par les non-mutualistes. Néanmoins, la confiance n'a pas été toujours parfaite entre les mutualistes, mais ce niveau de confiance horizontale s'est amélioré chaque fois que des modifications apportées à certaines règles internes ont été mises en œuvre afin d'éviter certains abus de quelques mutualistes. Tant les mutualistes que les non-mutualistes se sentent confiants envers le personnel de santé. Cependant, le sentiment de confiance est plus fort envers les agents de santé travaillant dans des formations sanitaires de base.

Lorsque l'on analyse les quatre éléments constitutifs et concomitants du pouvoir d'agir, l'effet de l'organisation mutualiste est différent selon les acteurs concernés. Les mutualistes, les secrétaires de groupements mutualistes villageois (GMV) et les élus ont acquis un niveau relativement élevé d'estime de soi et de conscience critique en devenant membres des mutuelles de santé. Ils sont fiers d'être dans le système mutualiste et ont pris conscience de leur capacité à interagir avec les agents de santé par exemple. En ce qui concerne les autres dimensions du pouvoir d'agir, soit la participation et les compétences techniques, les données empiriques montrent que plus on monte dans la « hiérarchie » de l'organisation mutualiste (mutualistes, secrétaires de GMV, élus) plus les acquis ont été importants. Cela s'explique très certainement par les modalités d'intervention et les activités subséquentes mises en œuvre dans le cadre du projet d'appui à la création des mutuelles de santé.

5.3 Burkina Faso : Étude sur la problématique du choix des interventions de réduction de la mortalité maternelle : cas de la mesure de subvention nationale des soins obstétricaux d'urgence et des accouchements assistés

Le but de la recherche est de fournir des évidences sur les stratégies d'amélioration du taux des accouchements assistés et des césariennes en tenant compte du contexte local. Les objectifs sont de : (i) décrire le profil d'évolution des accouchements assistés et des césariennes, (ii) analyser les facteurs associés aux accouchements assistés et aux césariennes, (iii) identifier les facteurs

déterminants les accouchements assistés, (iv) identifier les facteurs déterminants les césariennes et (v) promouvoir les résultats de la recherche au plan national et international.

Le devis de recherche utilisera :

- a) Une analyse descriptive des inégalités de l'utilisation des accouchements assistés et des césariennes à partir des données secondaires issues des trois EDS (Enquêtes Démographie et santé) disponibles (93, 98/99 et 2003), des annuaires statistiques sanitaires de 2000 à 2007 ainsi que d'autres sources;
- b) Une analyse des déterminants des accouchements assistés et des césariennes à partir des données primaires produites par une collecte périodique d'informations dans des districts et formations sanitaires sur 18 mois. L'échantillonnage sera guidé par la représentativité des régions sanitaires ainsi que la fonctionnalité des antennes chirurgicales;
- c) La production et la mise en œuvre d'un plan de valorisation des résultats de la recherche au plan national et international.

Résultats préliminaires

Les résultats préliminaires indiquent : (1) des niveaux de disparité relativement importants du taux des accouchements assistés entre régions sanitaires ($M/m = 2$), entre districts sanitaires ($M/m = 3$) et entre Centres de santé à l'intérieur du même district ($M/m = 5$), (2) que la distance ne constitue pas systématiquement un facteur de blocage dans l'utilisation des services de maternité (en effet, certains villages situés à plus de 15 km d'un centre de santé ont des taux d'accouchement assisté trois fois supérieurs à ceux de villages à moins de cinq km d'un centre de santé, ceci en l'absence de tout obstacle naturel, ce résultat suggère l'existence d'effets « village ») et (3) les enquêtes réalisées au niveau de 1611 ménages avec 1859 naissances vivantes au cours des cinq dernières années, indiquent des attitudes assez différentes des femmes ayant eu au moins deux accouchements quant au choix du lieu de l'accouchement d'une grossesse à une autre.

En termes de perspectives, des enquêtes « nichées » sont en cours de réalisation afin de mieux documenter l'effet « village »; deux articles sont en cours de préparation dont l'un sur les facteurs déterminants du lieu de l'accouchement et l'autre sur les facteurs explicatifs du choix du lieu de l'accouchement entre deux grossesses chez la même femme.

5.4 Côte d'Ivoire : Identification des malades indigents dans les services de santé: analyse d'implantation de critères standards dans cinq services sociaux de santé à Abidjan

Le but de cette recherche est d'analyser l'implantation des procédures d'exemption des indigents dans cinq établissements de santé à Abidjan. La recherche permettra de répondre aux questions suivantes : (1) Les critères implantés peuvent-ils, tel quels, être utilisés de la même manière dans les services sociaux à tous les niveaux de la pyramide sanitaire? (2) Quels sont les facteurs contextuels et internes qui influent sur leur niveau d'implantation dans chaque service de santé? (3) Quels sont les effets de l'intervention sur l'accès des malades indigents aux soins de santé, sur les dépenses d'exemption, sur les bénéficiaires de l'exemption? (4) Que coûte l'exemption enregistrée dans les services sociaux de santé? Les réponses à ces questions permettront aux décideurs de concevoir une stratégie nationale de mise en œuvre des exemptions pour les indigents qui tiendra compte des réalités de leur mise en œuvre et qui sera donc plus susceptible d'être efficace. Il s'agit d'une étude de cas multiples de type évaluatif. Les cas à étudier sont des structures de santé de chaque niveau de la pyramide (primaire, secondaire et tertiaire) à travers leur service social respectif.

Résultats préliminaires

L'analyse d'implantation qui a cours depuis 2 ans maintenant montre que la procédure implantée a été plusieurs fois adaptée à l'organisation et au fonctionnement de chaque établissement de santé. Le niveau d'implantation s'est amélioré passant de « médiocre » à « passable » et à « bien » aujourd'hui dans la plupart des établissements de santé. Parmi les facteurs qui ont influé sur l'amélioration du niveau d'implantation des critères, il y a la sensibilisation, les séances de suivi évaluation-formation réalisées tous les semestres avec les directeurs des hôpitaux et les assistants sociaux des établissements de santé.

Il faut surtout retenir que le diagnostic de l'indigence est posé selon les critères implantés dans 77 à 91% des cas. Il reste toutefois à tirer toutes les leçons au regard des résultats complets de l'analyse d'implantation afin de voir si ces critères méritent d'être généralisés ou non dans le système de santé du pays.

5.5 Mali : Mortalité maternelle et accès aux soins obstétricaux. Analyse d'implantation du système de référence-évacuation dans la Région de Kayes

Pour réduire la mortalité maternelle la Région de Kayes a mis progressivement en place un système qui vise à mieux traiter les urgences obstétricales. Ce système a 3 composantes : (1) mise à niveau des soins obstétricaux d'urgence (et en particulier disponibilité de la chirurgie au niveau du district), (2) système d'ambulance et de radio rurale dans chaque district et (3) caisses de solidarité pour assurer le financement du système et diminuer les coûts assumés par la parturiente. Ce programme vise à diminuer la létalité et le taux de mortinatalité des urgences obstétricales en améliorant leur accès et leur qualité. Ce programme est hautement prioritaire pour la Région, sa conception a débuté par l'identification des besoins en information des acteurs. Rapidement il s'est avéré que ces besoins concernaient le suivi mais soulevaient aussi des questions qui relevaient plus de l'évaluation des processus et des outcomes. C'est à partir de ce constat que le présent projet de recherche a été développé. Les systèmes de suivi et d'évaluation qui ont été mis en place vont permettre d'utiliser le programme de réduction de la mortalité maternelle comme une première étape dans la mise en place du système d'assurance qualité et de gestion par les résultats que la Région de Kayes veulent installer progressivement pour l'ensemble du système de santé régional.

Pour satisfaire ces besoins d'informations, 2 stratégies ont été retenues : (1) le développement d'un système de suivi avec l'appui de l'assistance technique fournie dans le cadre du projet ACIDI et (2) le développement de cette présente proposition de recherche pour explorer les composantes de l'environnement qui pourraient influencer les effets. Ce projet consiste en une analyse d'implantation et d'outcomes du programme de réduction de la mortalité maternelle dans les 7 districts de la Région de Kayes. Il permettra de répondre aux questions suivantes ; dans quelle proportion et par quels mécanismes, le SRE de la Région de Kayes : (1) améliore la couverture des besoins en matière de traitement des urgences obstétricales et des césariennes, (2) réduit la létalité des femmes qui présentent une urgence obstétricale et de celles qui sont césarisées et (3) réduit la mortinatalité

Résultats préliminaires

Les données disponibles à travers le système de suivi des urgences obstétricales a permis de mettre en évidence une augmentation de la couverture en urgences obstétricales et une diminution de la létalité de ces femmes présentant un urgence depuis l'implantation du système de référence-évacuation. En effet, deux années après la mise en œuvre de cette intervention, la proportion des grossesses attendues qui ont reçu des soins obstétricaux d'urgence a doublé et le taux de césariennes a augmenté de 0,22% à 0,78%. Parmi les femmes traitées pour urgences obstétricales et deux années après l'intervention, le risque de décéder a diminué de moitié, comparativement à la période avant l'intervention [OR_a:0.48 (0.30 – 0.76)]. L'amélioration du pronostic maternel est plus marqué chez les femmes qui ont été évacuées, comparativement aux femmes qui se sont présentées par elles-mêmes. Enfin, presque la moitié (47.5 %) de la réduction des décès est attribuable à la diminution des décès par hémorragie.

5.6 Sénégal : *Contribution des mutuelles de santé la lutte contre la pauvreté : alternatives mutualistes pour éviter l'exclusion ou l'auto exclusion des membres et pour favoriser l'accès des pauvres aux soins*

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et elle vise à contribuer à trouver des solutions concrètes pour que les mutuelles de santé facilitent l'accès des pauvres aux soins. Plus spécifiquement, elle visera à : (1) identifier les solutions viables permettant d'éviter l'exclusion et l'auto-exclusion des adhérents au sein des mutuelles, (2) examiner en collaboration étroite avec les acteurs de la mutualité les modalités à envisager pour une meilleure prise en compte de l'équité verticale au sein des mutuelles de santé, (3) identifier les déterminants du faible taux d'utilisation des prestations offertes par les mutuelles de santé à ses bénéficiaires et (4) évaluer la viabilité des solutions alternatives novatrices qui peuvent constituer une réponse de la mutualité à la problématique de la lutte contre la pauvreté. Les réponses à ces questions permettront d'orienter le mouvement mutualiste dans des directions qui lui permettront d'atteindre plus rapidement ses objectifs.

Résultats préliminaires

En ce qui concerne la déperdition des membres au sein des différentes mutuelles. La situation est alarmante : elle peut atteindre jusqu'à 43% dans certaines mutuelles et risque de s'accélérer dans le futur étant donné qu'elle est alimentée par les membres qui ne sont pas à jour de leurs cotisations. Actuellement le taux des membres à jour se situe entre 19 et 35% dans la plupart des mutuelles.

Les membres des mutuelles concernés par la déperdition sont majoritairement des femmes (56%), avec un âge moyen de 47 ans. 43% sont non-alphabétisés et seulement 14% sont des salariés Les causes de la déperdition sont multiples, a) l'application rigide des textes; b) l'absence de mesures préventives efficaces; c) le manque de réactivité de la mutuelle face à la déperdition; d) la couverture du risque maladie qui relève du symbolique; e) le manque de compréhension et de solidarité réelle et f) le comportement de certains prestataires et la qualité des soins qui indisposent des membres. La conséquence ultime de la déperdition constatée par les chercheurs est la cessation des activités de nombreuses mutuelles.

6. Perspective d'avenir du Réseau

Le contexte actuel de la région Ouest Africaine reste caractérisé par des initiatives et des innovations multiples dans une perspective de mieux assurer l'accessibilité financière des couches les plus vulnérables aux soins de santé (femmes et enfants). Ces initiatives qui portent sur la subvention de certains actes, la gratuité pour d'autres, indiquent assez bien la pertinence du réseau dont l'ambition est de faire en sorte que les décisions politiques soient de plus en plus en faveur des plus démunis pour plus d'équité.

Au delà du processus de formalisation qui est en cours, le réseau ambitionne de créer et d'animer un espace de dialogue et d'expression autour de la question de l'équité en santé en se fondant sur des évidences scientifiques. Le réseau ambitionne aussi d'être présent à tous les rendez vous nationaux et internationaux afin de contribuer à toutes les réflexions pour plus d'équité en santé.

Le réseau Équité et santé en Afrique de l'Ouest (RESEAO) nourrit l'ambition dans les 5 prochaines années de :

- Consolider ses acquis en permettant aux États de tirer un meilleur parti des résultats de recherche grâce à un plaidoyer mieux ciblé
- Élargir les bases du réseau en intégrant et en renforçant les capacités de jeunes chercheurs dans chaque pays membres
- Nouer des accords de partenariat avec les institutions sous régionales
- Nouer des alliances avec la société civile et des groupes de pression en vue d'accroître la portée et l'impact de la recherche

Ce travail repose sur des équipes associant chercheurs et décideurs de différents niveaux :

Bénin : Slim Haddad, Valéry Ridde, Ismaelou Yacoubou, Bruno Galland, Pierre Fournier

Burkina Faso : Abel Bicaba, Salimata Ouédraogo/Ki, Zida Boureima, Dieudonné Soubeiga, Moussa Kaboré.

Côte d'Ivoire : Auguste Didier Blibolo, Guillaume Yaou Loukou, Goze Tape, N'Guessan Bi-Tah, R. Fassassi, N. Koffi.

Mali : Pierre Fournier, Koman Sissoko, Caroline Tourigny, Odette Laplante, Diarrah Coulibaly, Mohamadou Hachimi, Alexandre Dumont, Mamadou Namory Traore.

Sénégal : Idrissa Diop, Ousseynou Diop, Ousmane Diouf, Marième Cissé, Charles Wade, Babacar Lô, Cheickh Fall .

Remerciements

Les auteurs de cette communication et les membres du RESAO tiennent à remercier le CRDI et plus particulièrement l'Initiative Équité et Santé pour le soutien apporté à la création et au développement des activités du réseau.