
Améliorer l'accès des femmes enceintes pauvres aux soins qualifiés à l'accouchement : Etude de cas d'un système de distribution de bons associé à un Fonds d'Equité pour la Santé dans trois districts sanitaires au Cambodge.

Ir Por^{1,2}, Dirk Horeman¹, Souk Narin¹ & Wim Van Damme²

Résumé

Dans de nombreux pays en développement, les ratios de mortalité maternelle demeurent élevés, avec de fortes inégalités entre les pauvres et les riches. Les programmes visant à améliorer la santé maternelle et à prévenir la mortalité des mères ne parviennent souvent pas à atteindre les femmes pauvres. Le système de distribution de bons ('*vouchers*') peut être un mécanisme financier efficace pour faciliter l'accès des pauvres aux services de santé.

Nous examinons le système de distribution de bons mis en place en complément d'un Fonds d'Equité pour la Santé (FES) dans trois districts sanitaires du Cambodge et en tirons les leçons pour une amélioration du système et un passage à l'échelle. Les données sur les systèmes de bons et de FES ont été collectées à partir du système d'information sanitaire de routine et de rapports d'activités. Elles ont été combinées avec les observations personnelles des auteurs et avec les résultats de neuf '*focus groups*'.

Nous observons que le système de bons associé à celui des FES contribue à l'augmentation du nombre d'accouchements dans les structures de santé. Un tiers du total des femmes qui accouchent dans les structures de santé sont bénéficiaires de ces systèmes. Ce pourcentage s'élève nettement dans le temps sans pour autant que le nombre des femmes payant elles-mêmes leur

¹ Coopération Technique Belge, Cambodge.

² Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique. Email : wvdamme@itg.be (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

accouchement ne diminue. Mais l'impact de ces deux systèmes sur l'accès des femmes pauvres à un accouchement avec du personnel qualifié reste limité. Nous soulignons plusieurs limites dans la mise en œuvre de ce système de bons.

Finalement, nous concluons que la combinaison de ces deux mécanismes de soutien, s'ils sont convenablement conçus et exécutés, a un fort potentiel pour diminuer les barrières financières et améliorer l'accès des femmes pauvres à un accouchement assisté par du personnel qualifié. Cependant ces deux systèmes n'ont pas d'influence sur les autres barrières. Aussi, pour être complètement efficaces, les systèmes de soutien financier doivent être accompagnés d'interventions complémentaires. D'autres études seront nécessaires avant d'étendre ces mécanismes.

Mots clés : système de bons, Fonds d'Équité pour la Santé, accès aux soins, assistance qualifiée à l'accouchement, Cambodge.

Introduction

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ciblent une réduction de la mortalité maternelle de trois quart d'ici 2015 (Nations Unies 2000). La progression vers cet objectif est décevante. La mortalité maternelle demeure importante dans de nombreux pays, spécialement en Afrique subsaharienne et en Asie (Hill *et al.* 2007). Des inégalités importantes entre riches et pauvres existent en matière de soins obstétricaux et de mortalité maternelle (Houweling *et al.* 2007; Gwatkin *et al.* 2004). Pour atteindre le cinquième Objectif du Millénaire pour le Développement, il est donc essentiel de cibler les interventions vers les plus vulnérables – les populations rurales et les pauvres (Ronsmans *et al.* 2006).

Aujourd'hui, les interventions techniques pour réduire la mortalité maternelle sont bien connues. Assurer un accès à un personnel qualifié et aux soins obstétricaux d'urgence font partie des interventions prioritaires pour prévenir les décès maternels évitables (Donnay 2000 ; Liljestrand 2000). Campbell & Graham (2006) affirment que la priorité doit être d'offrir aux femmes la possibilité d'accoucher dans des centres de santé. La présence de personnel qualifié au moment de l'accouchement réduirait entre 13 et 33% des décès maternels (Graham *et al.* 2001). Néanmoins, dans de nombreux pays, les programmes visant à améliorer la santé maternelle se sont révélés

inefficaces pour réduire la mortalité maternelle. Les femmes enceintes les plus pauvres et les plus vulnérables font souvent face à de nombreuses barrières pour accéder aux soins obstétricaux de base. Leur permettre d'accéder à ces soins est un grand défi à relever pour les pays en développement (Houweling *et al.* 2007). Les coûts du transport, le coût d'opportunité du temps passé pour se rendre dans une structure sanitaire ainsi que les coûts formels et informels des prestations dans les services de santé publics constituent, dans de nombreux pays, une barrière substantielle à l'accès des femmes pauvres aux services de santé maternelle (Sharma *et al.* 2005).

Pour réduire ces barrières financières, différentes approches permettant de subventionner directement l'utilisateur (approches du côté de la demande) sont progressivement mises en place dans les pays en développement. Parmi elles, les systèmes de distribution de bons ('*vouchers*') sont considérés comme un moyen potentiellement efficace pour favoriser l'usage de services ou de produits de santé par des groupes de population spécifiques comme les femmes enceintes ou les pauvres (Ensor 2004 ; World Bank 2005 ; Bhatia & Gorter 2007). Les systèmes de bons sont définis comme « *un mécanisme financier destiné à subventionner le prix des services et produits de santé en direction de groupes ciblés dans le but d'améliorer l'accès et l'utilisation de ces services et produits* » (PSP-One 2006). Même si les systèmes de bons offrent un réel potentiel pour améliorer l'accès des plus pauvres à des types de soins spécifiques et pour leur permettre ainsi d'éviter des dépenses insurmontables, les preuves documentées de leur succès sont rares (Onwujekwe *et al.* 2004 ; Worrall *et al.* 2005 ; Borghi *et al.* 2006).

Le Cambodge connaît un des plus hauts ratios de mortalité maternelle pour la région du Sud et du Sud Est de l'Asie avec 472 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié y est également très bas (UNFPA 2006a). Pour ces indicateurs, l'écart entre le quintile le plus pauvre et le plus riche s'avère très important. En 2006, il était estimé que seulement 6,3% des femmes les plus pauvres accouchaient dans une structure de santé publique, et que 20,7% étaient assistées par du personnel qualifié pour l'accouchement, contre 42,2% et 89,9% pour les femmes les plus riches (World Bank 2006). Depuis le début de l'année 2007, la Coopération Technique Belge (CTB) et le Ministère de la Santé du Cambodge ont initié un système de bons dans trois

districts de santé en parallèle d'un Fonds d'Equité pour la Santé et d'autres stratégies du côté de l'offre pour améliorer l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié pour les femmes enceintes démunies. Nous allons examiner ces dispositifs et en tirer des leçons dans la perspective d'une amélioration de ces systèmes et d'un passage à l'échelle.

Contexte

CONTEXTE GENERAL DU CAMBODGE

Le Cambodge est un pays à faibles ressources de l'Asie du Sud-Est qui comptait 14 millions d'habitants en 2005. Plus de 80% de la population vit à la campagne de culture vivrière. Le revenu national brut par habitant était de 430 \$US en 2005 (World Bank 2007). En 2004, 35% de la population était extrêmement pauvre, vivant sous le seuil national de pauvreté de 0,59 \$US par personne et par jour. Quatre-vingt-dix pour cent de ces pauvres vivaient en zone rurale (World Bank 2006).

Dans le secteur de la santé, en dépit de progrès considérables, l'accès aux soins de santé de base incluant les soins obstétricaux, demeure un problème, spécifiquement pour les personnes pauvres. Les taux d'utilisation des services de santé sont bas et il existe une énorme différence entre riches et pauvres, et entre zone rurale et zone urbaine. En 2004, le taux d'utilisation des centres de santé publics était de 0,42 contact par habitant et le nombre d'admissions dans les hôpitaux publics de 23,4 pour 1000 habitants (Ministry of Health 2005). L'Enquête socio-économique du Cambodge de 2004 a montré que seuls 59% des plus pauvres recherchent des soins quand ils sont malades, contre 75% pour les plus riches. Le taux annuel d'admission dans les hôpitaux pour 1000 habitants était de 28 pour le quintile le plus pauvre soit presque six fois moins que pour le quintile le plus riche. Les Enquêtes Démographiques et de Santé du Cambodge de 2000 et 2005 (NIS & DG 2001 ; NIPH & NIS 2006) ont montré une amélioration dans les indicateurs de santé des mères et des enfants, excepté pour le ratio de mortalité maternelle (tableau 1).

De plus, les soins et prestations de santé au Cambodge restent chers et sont largement financés par les ménages. Les dépenses de santé des ménages étaient estimées à 23,6 \$US par personne en 2004, l'équivalent de 6,7% du PIB par personne (WHO NHA 2006). Les systèmes d'exemption ne

marchant pas, les tarifs des hôpitaux du secteur public restent une barrière financière majeure pour les pauvres. (Wilkinson *et al.* 2001). Les frais à la charge de l'utilisateur dans le secteur public, couplés avec les dépenses des usagers dans le secteur privé, constituent 67% de la dépense totale en matière de santé, soit six fois plus que la dépense de santé du gouvernement. Des dépenses importantes en matière de santé peuvent entraîner des familles aisées dans la pauvreté et des familles pauvres dans la grande misère. Certaines familles se voient ainsi contraintes à renoncer à des traitements ou à accepter une prise en charge de mauvaise qualité. Elles sont, par ailleurs, souvent obligées d'emprunter de l'argent à des taux d'intérêt élevés, de vendre ou d'hypothéquer des biens productifs (Van Damme *et al.* 2004 ; World Bank 2006).

Tableau 1. Indicateurs de santé maternelle et infantile

Indicateurs	EDS2000	EDS2005
Enfants de 12 à 23 mois totalement vaccinés (%)	40	60
Utilisation d'une méthode moderne de contraception (%)	19	27
Au moins 1 consultation anténatale par du personnel qualifié (%)	38	69
Accouchements institutionnels (%)	9,9	21,5
Accouchements par du personnel qualifié (%)	34,4	43,8
Indice synthétique de fécondité	4,0	3,4
Mortalité infantile pour 1.000 naissances	95	66
Mortalité avant 5 ans pour 1.000 naissances	124	83
Ratio de mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes	437	472

Source: Enquêtes Démographiques et de Santé du Cambodge, 2000 et 2005.

Les indicateurs de la santé maternelle et d'accès aux soins, particulièrement pour ce qui concerne les accouchements par du personnel qualifié dans des centres de santé, restent faibles. En 2005, 43,8% des accouchements ont été réalisés par du personnel qualifié, mais seulement 21,5% dans une formation sanitaire (Tableau 1). Plus de la moitié des femmes ont continué à accoucher à la maison avec une accoucheuse

traditionnelle. Des barrières importantes (absence de personnel qualifié, éloignement de la formation sanitaire, coûts élevés, absence de membres de la famille ou d'amis pour les accompagner) empêchent beaucoup de femmes enceintes, particulièrement les plus pauvres d'accoucher dans une formation sanitaire ou avec l'assistance de personnel qualifié (UNFPA 2006b). Ainsi, le Ministère de la Santé du Cambodge a fait de l'amélioration de l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié une de ses grandes priorités. Cela passe par la promotion de l'accouchement par du personnel qualifié dans des centres de santé publics et un accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence (Ministry of Health 2005).

Au Cambodge, le personnel de santé du secteur public est très mal payé, résultant en une faible motivation des agents (Van Damme *et al.* 2001). Les salaires faibles du personnel sont un des obstacles majeurs à l'accouchement dans les formations sanitaires (UNFPA, 2006b). En effet, les sages-femmes et les personnels de santé gagnent plus lorsqu'ils pratiquent un accouchement à domicile que dans un centre de santé, ce qui ne les incite pas à promouvoir les accouchements dans le système sanitaire public. Pour lutter contre ce phénomène, le gouvernement cambodgien a décidé mi 2007 d'offrir au personnel de santé une prime de 12,5 à 15 \$US par accouchement réalisé dans une structure publique. Cette mesure incitative a été mise en place dans tout le pays en plus des mécanismes de financement de la santé existants, comme les contrats basés sur la performance et les Fonds d'Équité pour la Santé. Bien que le montant proposé ne compense pas complètement la perte de revenu des professionnels de santé qui choisiraient de promouvoir l'accouchement dans les centres de santé, ce mécanisme incitatif, s'il est correctement mis en place, pourrait en partie résoudre le problème de démotivation du personnel de santé. Cependant, les résultats de cette mesure restent à évaluer.

CONTEXTE DES SITES ETUDIÉS

L'étude a porté sur trois districts de santé dans la province du Kampong Cham, au Cambodge : Cheung Prey, Chamkar Leu et Prey Chhor. Le système de santé du secteur public dans ces districts consiste en trois hôpitaux de référence, sans bloc opératoire, et 42 centres de santé desservant une population d'environ 537.000 personnes. En cas de besoin d'interventions chirurgicales, y compris pour les césariennes, les patients sont transférés à l'hôpital provincial, dans la ville de Kampong Cham. Tous

les hôpitaux et centres de santé sont payants. A côté du secteur public existe un secteur privé diversifié et non réglementé. A Kampong Cham, 12,3% des femmes accouchent dans une formation sanitaire contre 52,6% à domicile avec des accoucheuses traditionnelles. Seuls 8,2% des accouchements ont lieu dans le secteur public (NIPH & NIS 2005).

Depuis la fin 2004, la CTB a mis en place des supports techniques et financiers importants en direction de ces trois districts et de l'hôpital provincial. La CTB développe diverses approches pour améliorer l'offre et la demande de santé dont les principales sont les contrats de performance et les Fonds de Solidarité pour la Santé.

La CTB a d'abord et progressivement mis en place des contrats basés sur la performance dans les formations sanitaires publiques et les organes de direction de ces trois districts ainsi qu'à l'hôpital provincial. En tant que dispositifs d'appui financier aux rémunérations des personnels de santé et d'amélioration de l'offre, ils visent à briser le cercle vicieux des personnels sous-payés donc peu performants, et des structures de santé publiques sous-utilisées. Cette approche est inspirée de l'expérience cambodgienne « New Deal » réalisée à Sotnikum (Van Damme *et al.* 2001; Meessen *et al.* 2002). Dans les contrats basés sur la performance, les structures de santé contractantes reçoivent des subventions en fonction des progrès réalisés ou du respect des normes, mesurés par des indicateurs de processus et de résultats. Ces subventions auxquelles s'ajoutent une partie de la tarification des soins collectée auprès des usagers sont distribuées aux personnels selon des critères précis : assiduité, respect de la description de poste, diminution du racket et du recrutement des patients vers le secteur privé. Une nette amélioration de l'offre de soins et des prestations dans les structures contractantes a été observée. Une qualité de service minimum est plus ou moins assurée (service 24 heures sur 24 et diminution du racket) mais le problème de l'accès des pauvres à ces services demeure.

Par ailleurs, depuis la fin 2005, la CTB a progressivement mis en place des Fonds d'Equité pour la Santé au sein des quatre hôpitaux de la région en vue d'améliorer l'accès des pauvres aux services hospitaliers. La gestion de ces quatre Fonds a été confiée à une ONG locale : Action pour la Santé. Celle-ci joue le rôle d'une tierce partie chargée d'acheter des services de santé dans les hôpitaux pour les pauvres. En 2007, une autre ONG, l'Association pour le Développement des Ressources Humaines et l'Education à la Santé a pris en charge la gestion d'un de ces Fonds à l'hôpital de Chamkar Leu.

Encadré 1. Définition d'un Fonds d'Equité pour la Santé (FES)

Le Fonds d'Equité pour la Santé est un mécanisme de financement de la demande de soins pour promouvoir un accès des pauvres aux services de santé publics dans un environnement où une grande partie des frais de santé sont à la charge des usagers. Les bénéficiaires du Fonds sont identifiés selon des critères d'éligibilité soit au niveau communautaire, avant la demande de soins de santé (pré-identification), soit au niveau des structures de santé, au moment de la prise en charge grâce à un entretien (identification a posteriori)

Une fois dans la structure de santé, les usagers pauvres obtiennent du Fonds une subvention complète ou partielle de la tarification des soins à la charge des usagers, des coûts de transport ainsi que des autres coûts survenus au cours de l'hospitalisation.

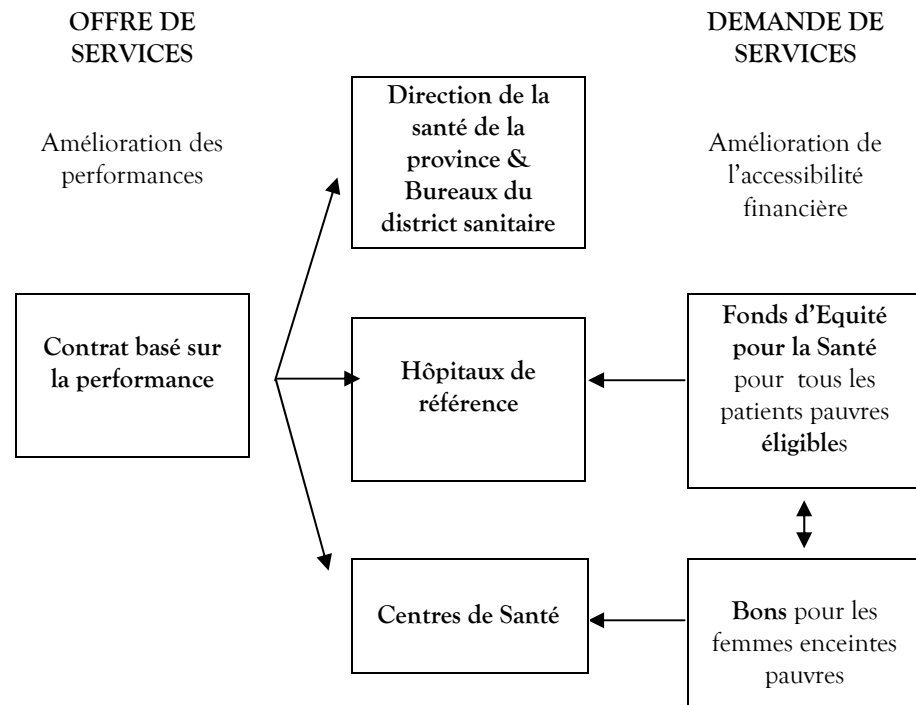
Les deux ONG utilisent une approche d'identification a posteriori pour identifier les pauvres éligibles au FES. Les patients identifiés comme pauvres sont interrogés par le personnel des ONG pour déterminer leur éligibilité selon un questionnaire prédéfini et des critères précisés dans l'Annexe 1. Ces critères sont basés sur des calculs et les interviewés sont classés en quatre catégories : très pauvres, pauvres, presque pauvres et non pauvres. La dernière catégorie est exclue des prestations offertes par le Fonds. En fonction des catégories, les patients reçoivent un forfait financier complet ou partiel, comprenant : le paiement des frais hospitaliers, le paiement des transports entre leur domicile ou le centre de santé et l'hôpital, une allocation nourriture pour la durée de l'hospitalisation et le coût des funérailles en cas de décès.

LE SYSTEME DE BONS ('VOUCHERS')

A Kampong Cham, malgré des améliorations importantes grâce à la mise en place des contrats basés sur la performance et des Fonds d'Equité pour la Santé, beaucoup de femmes enceintes, particulièrement quand elles sont pauvres, doivent encore faire face à de multiples barrières, y compris des barrières financières, pour accéder aux services de santé maternelle dans les structures sanitaires publiques. Les contrats basés sur la performance contribuent à améliorer la qualité des services mais ne permettent pas de diminuer les barrières liées à la demande, en particulier les barrières financières. Bien qu'en général le paiement des frais de santé par les usagers ne constitue pas une barrière importante au Cambodge (Wilkinson *et al.*

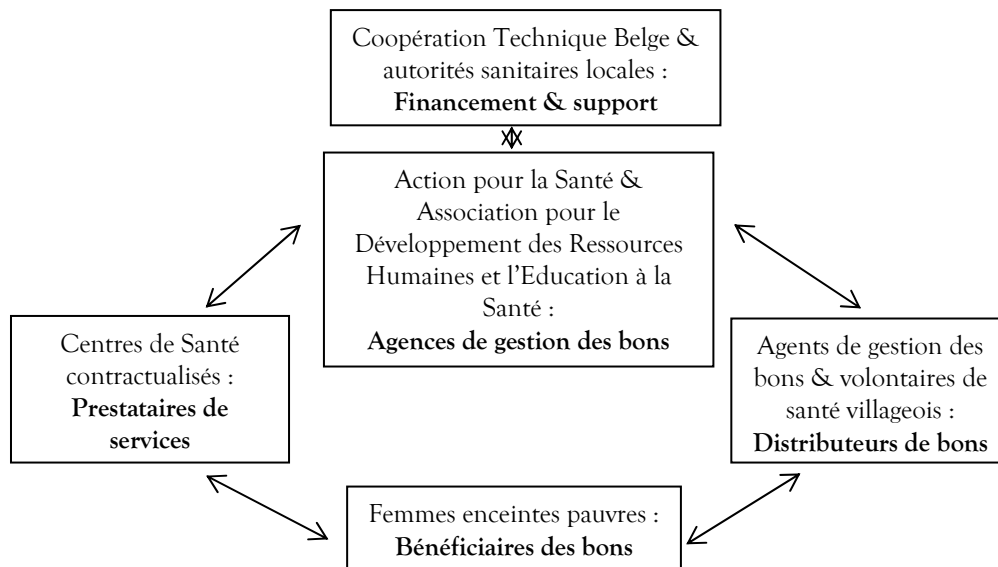
2001), les frais d'accouchement figurent parmi les plus élevés et représentent une somme conséquente pour les femmes pauvres (7.5 \$US pour un simple accouchement). De plus, les coûts de transport jusqu'à la structure de santé peuvent être élevés et constituer un obstacle majeur dans l'accès des pauvres aux soins de santé (Hardeman *et al.* 2004). C'est ainsi que pour améliorer la situation un système de distribution de bons permettant l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié dans un centre de santé a été initié (Figure 1).

Figure 1. Mécanismes utilisés par la CTB pour améliorer l'accès à un accouchement assisté par du personnel qualifié



Le premier système de bons a été introduit dans le district sanitaire de Cheung Prey en février 2007. Dans un deuxième temps, il a été élargi aux districts sanitaires de Prey Chhor en juin 2007 et de Chamkar Leu en juillet 2007. L'objectif principal du système de bons est d'améliorer l'accès à un accouchement par du personnel qualifié pour les femmes enceintes pauvres en promouvant les accouchements, les soins pré et postnatals réalisés par du personnel qualifié dans les centres de santé publics des localités concernées, et par conséquent, en contribuant à réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile. La structure organisationnelle du système de bons peut être schématisée comme dans la Figure 2.

Figure 2. Structure organisationnelle du système de bons à Kampong Cham



La CTB et les autorités sanitaires locales ont sous-contraté la gestion du système de bons aux ONG qui étaient déjà des opérateurs du FES dans la localité. Action pour la Santé et l'Association pour le Développement des Ressources Humaines et l'Éducation à la Santé sont ainsi devenues des agences de gestion des bons (AGB). Les bénéficiaires des bons sont les femmes enceintes démunies de la zone de recrutement. Les centres de santé gouvernementaux sélectionnés sont les prestataires de services de santé. Afin

d'assurer un minimum de qualité des services obstétricaux dispensés pour un accouchement institutionnel, les autorités sanitaires locales, la CTB et les AGB ont sélectionné les centres de santé du dispositif de bons selon trois critères principaux : (1) le centre de santé devait être capable de dispenser tous les services du Paquet Minimum d'Activité défini par le Ministère de la Santé ; (2) le centre de santé devait au moins disposer d'une sage-femme qualifiée en cas de besoin ; et (3) le centre de santé devait afficher un taux de fréquentation relativement élevé en ce qui concerne le suivi prénatal et les accouchements.

Les centres de santé sélectionnés ont signé des contrats avec les AGB. A travers ces contrats, ils s'engagent à fournir de manière professionnelle et dans les délais les consultations prénatales, l'accouchement avec du personnel qualifié, la visite postnatale et la référence vers un établissement fournissant des soins obstétricaux d'urgence complets en cas de complications à toutes les détentrices de bons qui se présentent aux centres de santé. En échange, les centres de santé contractants perçoivent les frais relatifs aux soins fournis à la fin de chaque mois.

Les femmes enceintes démunies sont identifiées chez elles par les volontaires de santé villageois et le personnel des AGB. Toutes les femmes enceintes signalées par les volontaires de santé comme potentiellement pauvres sont visitées et leur éligibilité au dispositif de bons est évaluée. Les visites à domicile sont effectuées tous les trois mois par le personnel des AGB et les volontaires de santé villageois. A chaque visite à domicile, un entretien est réalisé à partir du même questionnaire prédéfini utilisé pour le FES (Annexe 1) afin de déterminer le statut socio-économique du ménage. Une fois que son éligibilité est établie, la femme reçoit un bon avec cinq coupons détachables (pour trois visites prénatales, l'accouchement et une visite postnatale) ainsi que des explications sur l'utilisation de ce bon. Les bénéficiaires des bons sont encouragées à utiliser les cinq coupons pour leur grossesse, mais elles peuvent n'en utiliser qu'un ou que quelques uns.

Le bon donne droit à (1) la prise en charge des frais aller-retour pour les soins prénatals, l'accouchement et la visite postnatale dispensés dans les centres de santé contractants, (2) la couverture des frais de transports du centre de santé à l'hôpital de référence en cas de complications, et (3) la gratuité des soins prénatals, de l'accouchement et de la visite postnatale. Les frais relatifs à la prise en charge des soins dans les hôpitaux de référence

relèvent du FES. Les bons sont uniquement valables pour la grossesse en cours.

Le paiement des coûts de transport est assuré par les centres de santé à partir d'une liste prédéfinie de prix avec une avance en liquide fournie par le système de bons. La liste évalue les coûts de transport de chaque village vers le centre de santé auquel il est rattaché. Ces prix se basent sur un tarif unitaire de 300 riels³ par kilomètre, lequel est une estimation du coût pour les motos-taxis.

Dans le cadre du suivi global du projet, la CTB et les autorités sanitaires locales ont suivi le déroulement des activités des systèmes de bons et du FES en utilisant des indicateurs quantitatifs comme le nombre de femmes enceintes pauvres identifiées, le nombre de bons distribués, le nombre de coupons utilisés pour le suivi prénatal, l'accouchement et la visite postnatale ainsi que les coûts des services fournis à travers le dispositif de bons. Des entretiens individuels et des '*focus groups*' sont menés régulièrement avec les femmes qui ont reçu des bons et les intervenants locaux pour mieux appréhender leur perception de la performance du système de bons et la qualité des services fournis.

Méthodes

Nous avons collecté les données de 2006 et 2007 sur les systèmes de distribution de bons et sur les FES à partir des rapports effectués par le personnel des agences en charge de la gestion du système de bons et du FES, et à partir des systèmes d'information sanitaire de routine dans les trois districts sanitaires. Ces informations ont été combinées aux éléments recueillis à travers neuf '*focus groups*' et aux observations personnelles de l'auteur.

Dans le système d'information sanitaire, les données sur les accouchements dans les trois districts ont été collectées mensuellement à partir de deux sources principales : les rapports d'activités des structures sanitaires qui prennent en charge les accouchements et les rapports des volontaires de santé villageois sur les accouchements à domicile. En ce qui concerne les dernières données, le personnel organise des rencontres

³ Le Riel est la monnaie cambodgienne . Le taux de change est d'environ 4.000 Riels pour 1 \$US.

mensuelles avec les volontaires de santé (deux de par village) dans tous les villages de la zone de responsabilité du centre de santé afin de réunir des informations sur les accouchements durant le mois précédent.

Afin de recueillir l'avis des femmes qui ont reçu des bons sur la qualité des services fournis dans les structures sanitaires contractantes et sur les raisons de la non-utilisation des coupons, les trois auteurs ont conduit neuf 'focus groups' fin 2007, représentant 87 bénéficiaires de bons. Sur les neuf groupes, cinq groupes ont rassemblé 51 bénéficiaires de bons qui n'ont pas utilisé leurs coupons pour l'accouchement (groupes des non-utilisatrices) et quatre groupes rassemblant 36 bénéficiaires de bons qui ont utilisé leurs coupons (groupes des utilisatrices). Les participantes ont été sélectionnées de manière aléatoire à partir de la liste des bénéficiaires de bons dans les centres de santé. Les groupes des non-utilisatrices provenaient des centres de santé avec une faible utilisation des coupons pour l'accouchement alors que les groupes des utilisatrices provenaient des centres de santé avec un taux élevé d'utilisation des coupons.

Deux des auteurs (DH et SN) sont directement impliqués dans la mise en œuvre des systèmes de bons et de FES. Les résultats tirés de la méthode décrite ci-dessus sont complétés par leurs observations personnelles.

Afin d'analyser l'efficacité opérationnelle du système de bons, nous séparons le processus opérationnel en trois étapes : (1) la sélection des centres de santé, (2) la distribution des bons et (3) l'utilisation des bons.

Nous avons utilisé MS Excel et la version 13.0 de SPSS pour Windows pour analyser les données quantitatives. Les données qualitatives provenant des 'focus groups' ont été codées manuellement, groupées et analysées.

Résultats

UTILISATION DES BONS ET DU FES

En 2007, un total de 1.093 bons ont été distribués dans les trois districts sanitaires en moins d'un an (11 mois, 6 mois et 5 mois, respectivement dans les districts sanitaires de Cheung Prey, Prey Chhor et Chamkar Leu). Au cours de cette période, les bons ont été utilisés par 843 femmes enceintes pauvres pour la CPN1, 635 pour la CPN2, 474 pour la CPN3, 402 pour l'accouchement et 186 pour la visite postnatale. Sur 402 utilisatrices de bons pour l'accouchement, 107 ont accouché dans un hôpital de référence, 12 d'entre elles ont été référées par les centres de santé et 95 autres se sont rendues directement à l'hôpital, probablement sur les conseils donnés par le personnel médical au cours des visites prénatales. Leur nombre a progressivement augmenté chaque mois (Tableau 1).

Tableau 1. Utilisation des bons dans les trois districts sanitaires en 2007

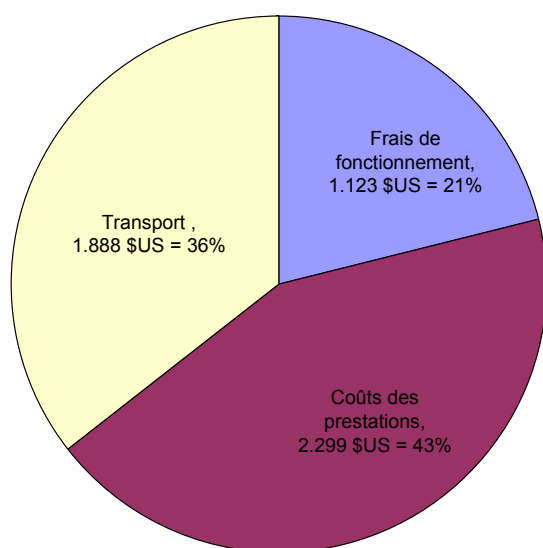
2007	CPN1	CPN2	CPN3	Accouchements		Visite postnatale
				Centre de Santé	Hôpital	
Février	6	0	0	0	0	0
Mars	6	5	0	1	2	0
Avril	4	3	1	1	1	0
Mai	17	3	2	0	0	0
Juin	131	37	7	16	2	4
Juillet	210	128	59	24	9	13
Août	246	140	99	37	15	24
Septembre	62	146	85	44	17	28
Octobre	26	55	99	53	17	42
Novembre	78	52	62	68	22	43
Décembre	57	66	60	51	22	32
Total	843	635	474	295	107	186

La nette augmentation des bénéficiaires de la CPN1 et de la CPN2 entre juin et août pourrait être expliquée par le début de la distribution des bons dans les districts sanitaires de Prey Chhor et de Cham Kar Leu. Cependant, beaucoup de femmes pauvres ont été identifiées et ont reçu des bons alors qu'elles étaient déjà dans leur dernier trimestre de grossesse. Ces femmes n'ont pas eu, de fait, l'opportunité d'utiliser leurs coupons pour les trois consultations prénatales. Cela pourrait être une raison pour la baisse soudaine du nombre mensuel de CPN1 et de CPN2, juste après l'augmentation entre juin et août. Cela pourrait également expliquer la diminution progressive de l'utilisation des coupons pour les consultations prénatales entre la première et la troisième visite. Notons qu'en 2006, le FES a pris en charge 132 femmes enceintes pauvres qui ont accouché dans les hôpitaux de référence des trois districts sanitaires et 239 en 2007, sans compter les détentrices de bons.

COUT DU SYSTEME DE BONS

Le coût total du système de bons dans les trois districts sanitaires était de 5.309 \$US dont 2.299 \$US (43%) pour le paiement des services fournis par les centres de santé contractants, 1.888 \$US (36%) pour les transports et 1.123 \$US (21%) pour les coûts de fonctionnement, y compris les per-diem et les indemnités de transport pour les distributeurs de bons (Figure 3). Ces derniers coûts ne comprennent pas le salaire du personnel et les frais administratifs des deux agences de gestion des bons dans la mesure où ces dépenses sont couvertes dans le cadre des contrats pour le FES et n'ont pas augmenté avec la mise en place du système de bons. Le montant total de l'assistance financière aux bénéficiaires (pour les services dispensés au niveau des centres de santé contractants et les transports entre la maison et les centres de santé) était de 4.186 \$US ce qui représentait 79% du coût total (Figure 3). L'assistance directe moyenne par bénéficiaire s'élevait à 383 \$US et le coût total à 486 \$US. Le coût total par accouchement aux centres de santé était de 18 \$US.

Figure 3. Répartition des dépenses globales liées au système de bons entre janvier et décembre 2007



EFFICACITE OPERATIONNELLE DU SYSTEME DE BONS

La mise en œuvre du système des bons peut être scindée en trois étapes : (1) la sélection des centres de santé, (2) la distribution des bons, laquelle comprend la présélection des femmes enceintes démunies au niveau des villages ainsi que les visites à domicile et les entretiens pour vérifier l'éligibilité de ces femmes, et (3) l'utilisation des bons, laquelle comprend aussi l'identification et la référence des cas de complications. L'ensemble des résultats obtenus à ces différentes étapes est résumé dans la Figure 4.

(1) La sélection des centres de santé. Fin 2007, le dispositif de bons a été introduit dans 329 villages rattachés à 30 centres de santé. Cela représente seulement 67,6% du total des 487 villages dans les trois districts. Douze centres de santé et les villages qui leur sont rattachés n'ont pas été couverts car ils ne répondaient pas aux critères de sélection (six n'avaient pas de bâtiments) et n'ont donc pas été sélectionnés pour bénéficier des activités.

Les femmes enceintes vivant dans l'aire de santé de ces centres ont été automatiquement exclues du système de bons.

(2) La distribution des bons. La distribution des bons a débuté avec la présélection (par des volontaires de santé villageois et des chefs de villages) des bénéficiaires potentiels dans les villages ciblés. Ils ont proposé une liste de femmes enceintes identifiées comme pauvres qui ont ensuite été interviewées par le personnel des agences de gestion des bons. Ainsi, 1.093 femmes enceintes ont été identifiées comme éligibles et ont bénéficié de bons durant la période étudiée.

Il n'est pas possible d'estimer exactement la déperdition des femmes enceintes démunies à cette étape. En prenant 30‰ comme taux brut de natalité⁴ et 37% comme taux de pauvreté dans les zones couvertes par le projet⁵, on obtiendrait une estimation du nombre de femmes enceintes démunies de 4.398. Seulement 1.093 femmes enceintes démunies (24,9%) ont été identifiées comme éligibles pour les bons, par conséquent 3.305 (75,1%) femmes enceintes pauvres semblent avoir été exclues du dispositif de bons. Cela pourrait être imputable à des erreurs commises lors de la présélection et des entretiens. Très peu de femmes enceintes pauvres et préalablement présélectionnées par les volontaires de santé et les chefs villageois ont été exclues suite aux entretiens. Mais les agents de gestion ne sont pas parvenus à faire autant de visites à domicile que prévues. Chaque village ciblé devait être visité par le personnel des agences de gestion, les volontaires de santé et les chefs villageois tous les trois mois. Par conséquent, 894 visites aux 329 villages ciblés auraient dû être réalisées. En pratique, seulement 545 visites (60,9%) ont été faites durant la période de l'étude.

(3) L'utilisation des bons. Beaucoup de bénéficiaires du système n'ont pas utilisé leurs bons. L'analyse a porté sur 786 bénéficiaires sur les 1.093. Toutes répondaient aux critères suivants : elles avaient déjà accouché, les

⁴ Le taux brut de natalité dans la province de Kampong Cham en 2007 était officiellement estimé à 30‰ du total de la population. Beaucoup d'observateurs pensent que le taux réel de natalité dans la province a considérablement baissé au cours de ces dernières années, mais probablement beaucoup moins dans les foyers les plus démunis.

⁵ Selon l'enquête socio-économique cambodgienne de 2004, le taux de pauvreté global au Cambodge (personne vivant avec moins de 0,59 \$US par jour) était estimé à 35% alors qu'à Kampong Cham le taux de pauvreté était estimé à 37%.

données d'utilisation des bons les concernant étaient claires et il était possible d'avoir pour elles une estimation fiable de la date de réception des bons et de la date prévu d'accouchement. Sur ces 786 bénéficiaires, 618 (78,6%) ont utilisé leurs coupons pour la CPN1, 484 (61,6%) pour la CPN2, 369 (46,9%) pour la CPN3 et 335 (42,6%) pour l'accouchement. Par conséquent, plus de la moitié des bénéficiaires n'ont pas utilisé leur coupon pour l'accouchement. En excluant un district sanitaire dont certaines données sont manquantes, on peut considérer que sur 467 bénéficiaires de bons, 143 (30,6%) se sont rendues dans un centre de santé pour la visite postnatale.

Durant la période étudiée, les sages-femmes des centres ont identifié des complications chez 14 femmes enceintes (environ 5,6% des bénéficiaires qui ont accouché dans un centre de santé) qui ont été référées vers les hôpitaux de district. Quatre d'entre elles ont été ensuite référées à l'hôpital de province et une d'entre elles a subi une césarienne.

Figure 4. Résultats du système de bons aux différentes étapes.

(1) Sélection des centres de santé

Total des centres de santé : 42	30 centres de santé et 329 villages sélectionnés dans le cadre du programme	(71,4% du total des centres de santé) (67,6% du total des villages)
Total des villages : 487		



(2) Distribution des bons

Total des visites prévues : 894	545 visites menées en 2007 dans les 329 villages	(60,9% du total des visites prévues)
Estimation du total des femmes pauvres selon un taux de pauvreté de 37% : 4.398	1 093 femmes enceintes démunies ont été identifiées comme étant éligibles et ont reçu des bons	(24,9% du total estimé des femmes enceintes démunies dans les 329 villages sélectionnés)



(3) Utilisation des bons

Echantillon retenu pour la CPN et l'accouchement : 786 bénéficiaires de bons avec des données claires	618 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la CPN1	(78,6% de l'échantillon total)
	484 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la CPN2	(61,6% de l'échantillon total)
	369 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la CPN3	(46,9% de l'échantillon total)
	335 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour l'accouchement	(42,6% de l'échantillon total)
Echantillon retenu pour les soins postnatals: 467 femmes avec des données claires	143 bénéficiaires de bons ont utilisé leurs droits pour la visite postnatale	(30,6% de l'échantillon total)
Echantillon retenu pour les référencement : 251 bénéficiaires de bons qui ont accouché dans un centre de santé	14 complications de l'accouchement ont été référées à l'hôpital et une césarienne a été effectuée	(5,6% de l'échantillon total)

RESULTATS DES 'FOCUS GROUPS'

Aucune des 87 participantes aux '*focus groups*' n'avaient déjà accouché dans un centre de santé avant la mise en place du système de bons, bien qu'environ la moitié d'entre elles avaient l'habitude de se rendre au centre de santé pour les consultations prénatales. La plupart des participantes ont été capables d'expliquer comment fonctionnait le système de bons et les bénéfices qu'elles pouvaient en tirer. Elles ont déclaré apprécier le système de bons. Presque toutes, y compris les femmes qui n'ont pas utilisé le coupon pour l'accouchement, ont utilisé au moins une fois les coupons pour les consultations prénatales dans un centre de santé contractant.

Le groupe des utilisatrices de bons s'est montré globalement satisfait par les services dispensés dans les centres de santé. Trois raisons principales furent avancées pour justifier l'utilisation des bons. Tout d'abord, grâce aux bons, les utilisatrices n'avaient pas besoin de payer. Par ailleurs, elles se sentaient en meilleure sécurité pour accoucher au centre de santé plutôt qu'à la maison en compagnie d'une accoucheuse traditionnelle. Enfin, elles pouvaient en profiter pour faire vacciner leur enfant en même temps.

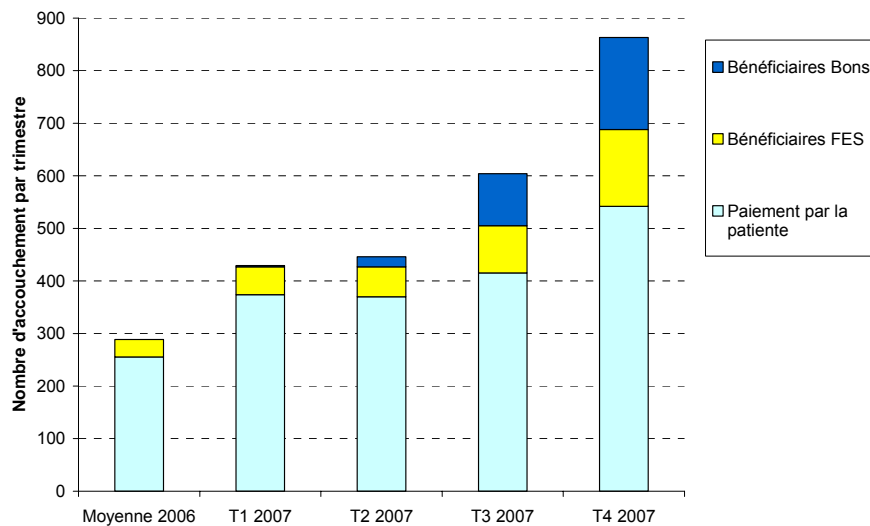
A l'opposé, plusieurs femmes du groupe des non-utilisatrices ont exprimé leur mécontentement par rapport aux services dispensés au niveau des centres de santé. Certaines utilisatrices ont évoqué le mauvais accueil du personnel ou les paiements non officiels. Certaines ont précisé que les sages-femmes ne demandent pas explicitement de paiement supplémentaire, mais qu'il est difficile pour une patiente de ne pas le faire si elle veut être bien soignée. D'autres mettent en doute la disponibilité des sages-femmes durant la nuit. Outre les problèmes relatifs à la qualité et aux prix des services, les participantes ont évoqué les difficultés de transport et les contraintes domestiques comme les deux principales raisons pour ne pas utiliser les coupons pour l'accouchement. Premièrement, elles vivent dans des localités isolées et très éloignées des centres de santé. Les accouchements sont survenus la nuit et elles n'ont pas trouvé de moyens de transport, même en sachant que les coûts de transports seraient payés par le système de bons. Pour celles qui auraient pu trouver un moyen de transport jusqu'au centre, elles ont supposé que le coût exigé aurait été beaucoup plus élevé que le prix couvert par le dispositif de bons. Ces femmes avaient alors peur de devoir payer de leur poche un surplus. Deuxièmement, plusieurs contraintes domestiques rendent le départ de la maison difficile. Beaucoup ont ainsi

déclaré que si elles avaient quitté la maison, personne n'aurait tenu la maison pour elle ou n'aurait pris soin des enfants, ou encore qu'elles n'auraient trouvé personne pour les accompagner au centre de santé.

IMPACT SUR LES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ

Les sages-femmes des centres de santé et des hôpitaux contractants sont considérées comme du personnel qualifié. Par conséquent pour la clarté de l'analyse, nous considérons les accouchements assurés par les sages-femmes des centres de santé ou des hôpitaux comme des accouchements assistés par du personnel qualifié. Le nombre des accouchements dans les centres de santé publics des trois districts sanitaires a nettement augmenté. Cette augmentation ne concerne pas seulement les bénéficiaires du système de bons et du FES, mais aussi celles qui payent pour leur accouchement. Cela laisse à penser que les systèmes de bons et le FES ont amené de nouvelles femmes enceintes à accoucher au centre de santé ou à l'hôpital (Figure 5).

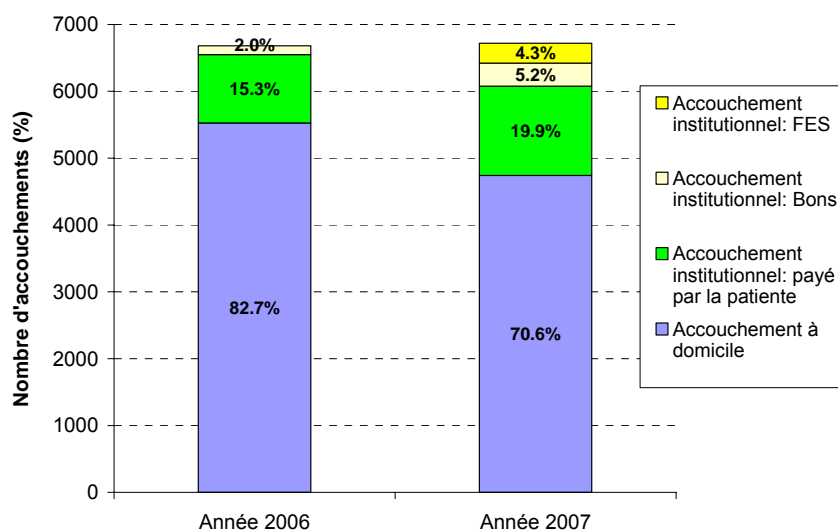
Figure 5. Accouchement institutionnel par type de bénéficiaires dans les trois districts



Selon les informations collectées à travers le système d'information sanitaire de routine, dans les 329 villages ciblés dans les trois districts sanitaires, 6.681 accouchements ont été comptabilisés en 2006 et 6.718 en 2007. Sur les accouchements répertoriés en 2006, 1.154 (17,3%) ont été effectués dans les structures sanitaires publiques et 5.527 (82,7%) à domicile contre respectivement 1.975 (29,5%) et 4.727 (70,6%) en 2007. Les accouchements dans les structures sanitaires publiques ont ainsi presque doublé en 2007 comparé à 2006, alors que le nombre d'accouchements à domicile a proportionnellement diminué (Figure 6).

Parmi les 1.975 accouchements institutionnels en 2007, 1.373 (69,5%) ont eu lieu dans les centres de santé et 602 (30,4%) ont eu lieu à l'hôpital de référence. Le système de bons a pris en charge 295 (21,5%) des 1.373 accouchements dans les centres de santé alors que le FES a pris en charge 346 (57,5%) des 602 accouchements qui ont eu lieu dans les hôpitaux. Au total, les dispositifs de bons et de FES ont pris en charge 641 accouchements (32,5%) sur un total de 1.975 accouchements institutionnels. Au total, les bénéficiaires du système de bons (4,3%) plus celles du système de FES (5,2%) représentent 9,5% des 6.718 accouchements enregistrés dans les trois districts en 2007. A côté des bénéficiaires de bons et du FES, le nombre de femmes ayant accouché dans une structure sanitaire en payant elles-mêmes les frais (accouchements « autofinancés ») a aussi considérablement augmenté, passant de 15,3% en 2006 à 19,9% en 2007 (Figure 6).

Figure 6. Accouchements dans les 3 districts sanitaires : accouchements institutionnels versus accouchements à domicile



En prenant en compte un taux de pauvreté de 37%, le total des bénéficiaires des systèmes de bons et de FES représente 25,8% des accouchements comptabilisés chez les femmes enceintes pauvres des 329 villages ciblés en 2007. Mais le total des accouchements a sans doute été sous-évalué par les volontaires de santé villageois. Si nous nous appuyons sur un taux brut de natalité de 30‰, le total des grossesses dans ce secteur est estimé à 11.887, ce qui représente quasiment le double des accouchements signalés. Dans ce cas, le pourcentage de bénéficiaires des systèmes de bons et de FES ne représenterait que 5.4% du total des accouchements et 14.6% des accouchements des femmes enceintes pauvres. L'impact de ces deux dispositifs sur l'amélioration des accouchements assistés par du personnel qualifié est résumé dans le Tableau 3.

Tableau 2. Impact des systèmes de bons et de FES sur l'augmentation des accouchements assistés

	Données de routine du système de santé	Estimation à partir du taux brut de natalité (30‰)
Total des accouchements en 2007	6 718	11 887
Estimation du nombre de femmes enceintes pauvres (basée sur un taux de pauvreté de 37%)	2 486	4 398
Nombre total de bénéficiaires des systèmes de bons et de FES	641 (9.5% du total des accouchements) (25.8% du total des accouchements chez les femmes enceintes pauvres)	641 (5.4% du total des accouchements) (14.6% du total des accouchements chez les femmes enceintes pauvres)

Discussion

Dans les trois districts sanitaires de Kampong Cham, l'introduction du système de distribution de bons parallèlement au système de FES semble effectivement améliorer l'accès à l'accouchement assisté par du personnel qualifié pour les femmes enceintes pauvres. Le nombre de bénéficiaires de bons et du FES représente une grande partie (32,5%) du nombre total des accouchements assistés par du personnel qualifié et augmente significativement à travers le temps sans diminution du nombre d'accouchements financés par les femmes elles-mêmes. Par ailleurs, les *'focus groups'* ont révélé que toutes les femmes enceintes pauvres qui ont utilisé des bons pour l'accouchement au centre de santé et à l'hôpital l'ont fait pour la première fois alors qu'elles avaient l'habitude d'accoucher à la maison avec une accoucheuse traditionnelle. Par conséquent, on peut en conclure que le système de bons a encouragé de nouvelles femmes à utiliser les services de santé pour accoucher.

Cependant, à ce stade, il reste difficile de mesurer l'impact des systèmes de bons et de FES sur l'amélioration de l'accès des femmes enceintes pauvres à un accouchement assisté par du personnel qualifié et ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est trop tôt pour évaluer les effets de l'intervention

dans la mesure où les dispositifs n'ont été complètement déployés que depuis moins d'un an. Deuxièmement, il y a beaucoup d'autres systèmes de financement qui sont en train d'être mis en place dans la région. Troisièmement, nous manquons de données fiables, y compris concernant le nombre total d'accouchements et le nombre total de femmes pauvres dans la région.

L'augmentation du nombre d'accouchements pris en charge par les femmes elles-mêmes peut en partie s'expliquer par l'amélioration globale des performances des services grâce aux deux mécanismes instaurés dans la région: le contrat basé sur la performance et les mesures financières incitatives pour le personnel de santé. Ces mécanismes ont pu jouer un rôle dans l'augmentation des accouchements autofinancés, et plus largement dans l'augmentation des accouchements institutionnels. Cependant, l'impact réel de ces mécanismes nécessite d'être évalué. Dans une enquête menée au Cambodge (UNFPA 2006b), d'autres facteurs ont également été identifiés comme ayant pu influencer l'accouchement institutionnel comme l'amélioration de l'accessibilité routière ou la prise de conscience accrue chez les femmes des enjeux de l'accouchement dans un environnement sûr. Il est important de reconnaître que les Enquêtes Démographiques et de Santé de 2000 et 2005 (Tableau 1) avaient déjà montré une augmentation des accouchements dans les centres de santé dans le pays.

Il y a deux scénarii possibles pour estimer le nombre de femmes enceintes pauvres et leurs accouchements durant la période de l'étude : (1) appliquer le taux de pauvreté de 37% au total des accouchements enregistrés dans le secteur, en sachant que les volontaires de santé villageois n'ont peut-être pas rapporté l'ensemble des accouchements ayant eu lieu dans leurs villages ou (2) appliquer le taux de pauvreté de 37% au total des naissances estimées dans le secteur en considérant un taux de natalité brut de 30‰. On pense que pour le Cambodge l'estimation du taux brut de natalité à 30‰ est surévaluée mais, dans le cadre de cette étude, ce taux peut être réaliste dans la mesure où les pauvres ont souvent un taux de natalité plus élevé que la moyenne.⁶ Selon le premier scénario, les systèmes de bons et de FES ont pris en charge 25,8% des femmes enceintes pauvres. Selon le second scénario, cette estimation n'est plus que de 14,6%. Cette couverture

⁶ L'Enquête Démographique et de Santé du Cambodge en 2005 a montré que le taux de fertilité du quintile le plus pauvre était de 4,9 contre 2,4 pour le quintile le plus riche.

médiocre laisse à penser que les systèmes de bons et de FES ont un impact limité sur l'amélioration de l'accès à un accouchement assisté.

L'analyse de l'efficacité opérationnelle du système de bons a montré que beaucoup de femmes enceintes pauvres ont été exclues du dispositif au cours des trois étapes de sa mise en œuvre - sélection des centres de santé, distribution des bons et utilisation des bons - à cause de barrières non financières, comme des barrières organisationnelles, des barrières du côté de l'offre, et des barrières intrafamiliales. Cela suppose que l'efficacité du système de bons aurait été bien meilleure si toutes ces barrières avaient été prises en compte efficacement.

Au cours de la première étape, c'est-à-dire la sélection des centres de santé, 12 des 42 centres de santé n'ont pas répondu aux critères de sélection à cause du manque de sages-femmes qualifiées et de la précarité des infrastructures et n'ont, par conséquent, pas été inclus dans le projet. Cela a entraîné de fait l'exclusion du système d'environ 29% des femmes enceintes pauvres. On peut objecter que ces femmes n'auraient pas été exclues si d'autres prestataires avaient été choisis. Un système de bons compétitif devrait permettre aux bénéficiaires de choisir à leur convenance parmi différents prestataires. Cette possibilité de choisir ne satisfait pas seulement les bénéficiaires, mais crée également un environnement compétitif parmi les prestataires pour une meilleure qualité de service afin d'attirer plus de détenteurs de bons (World Bank 2005). A l'heure actuelle, les centres de santé publics ont le monopole du système de bons. La CTB et les autorités locales pourraient décider de contractualiser avec des prestataires de services privés de bon niveau pour la prise en charge de l'accouchement, au moins pour les trois aires sanitaires où il n'y a pas de centres de santé publics avec la qualité suffisante. Cependant la faisabilité de cette approche dépend de la disponibilité de prestataires privés dans le secteur, de leur volonté d'entrer dans une relation contractuelle acceptable et de l'accord des principales parties prenantes.

La seconde étape, la distribution des bons, a été entravée par des difficultés de ciblage. En général, il existe trois méthodes de ciblage : le ciblage individuel, le ciblage par groupe ou catégorie, et l'auto-sélection (Coady *et al.* 2004). Le système de bons peut utiliser une ou plusieurs de ces méthodes (Hanson *et al.* 2006). Le dispositif de bons à Kampong Cham lui s'est servi des trois méthodes. Le ciblage par groupe a été utilisé pour identifier les femmes enceintes pour les services de santé maternelle. En

sélectionnant seulement les « pauvres », il a également utilisé le ciblage individuel. Enfin dans la mesure où le projet fait seulement appel aux centres de santé publics comme prestataires de services, cela induit immédiatement une forme d'auto-sélection. En effet, les femmes enceintes qui ne sont pas pauvres ne choisissent pas a priori d'accoucher dans les centres de santé publics même si cela ne coûte rien. Cette auto-sélection rend inutile la sélection individuelle qui vise à exclure les non pauvres d'avantages auxquels elles ne voudraient de toute façon pas avoir recours même si elles étaient autorisées à le faire. Des aides ciblées aident à améliorer l'utilisation efficiente des ressources pour celles qui en ont le plus besoin mais cela a un coût (Coady *et al.* 2004). Le ciblage individuel à Kampong Cham peut engendrer des coûts inutiles pour identifier les femmes qui ne sont pas pauvres et peut retarder la distribution des bons. Avec un taux de pauvreté estimé à 37% et un taux brut de natalité à 30‰, plus de deux tiers des femmes enceintes pauvres de la zone d'intervention ont été exclues du système de bons. Une cause évidente de cette exclusion était que le personnel des agences de gestion n'a pas réussi à mener régulièrement des enquêtes pour interviewer et identifier les femmes enceintes démunies. Seulement 61% des visites à domicile prévues ont été effectuées. Pour cette raison, on pourrait plutôt suggérer de distribuer systématiquement des bons à toutes les femmes enceintes de la zone indépendamment de leur statut socio-économique afin d'améliorer la couverture de la distribution de bons. Il n'en reste pas moins que cibler les pauvres est un élément crucial pour atteindre les objectifs d'efficacité, d'équité et de réduction de la pauvreté. Les agences de gestion des bons pourraient distribuer les bons via les volontaires de santé villageois sans leur demander de mener des entretiens systématiques mais en opérant une vérification croisée aléatoire pour éviter les fraudes et les erreurs, ou introduire une identification systématique de tous les ménages pauvres éligibles de la zone dans le cadre d'une stratégie de ciblage globale qui ne vaudrait pas seulement pour le système de bons mais aussi pour le FES et les autres dispositifs sociaux.

Au cours de la troisième étape, c'est-à-dire l'utilisation des bons, on a pu constater une sous-utilisation des bons par les bénéficiaires pour les services recommandés au centre de santé. Yanagisawa et ses collègues (2006) ont montré que pour les femmes du milieu rural au Cambodge, le fait d'avoir déjà eu un contact avec un personnel de santé qualifié lors du suivi prénatal favorisait grandement la décision d'accoucher dans une structure sanitaire.

Mais dans le cas du système de bons à Kampong Cham, la majorité des bénéficiaires ont utilisé leurs bons pour les consultations prénatales alors que plus de la moitié ne l'ont pas utilisé pour l'accouchement à cause de plusieurs barrières qui n'ont pas été bien prises en compte. Par exemple, beaucoup d'accouchements surviennent la nuit quand cela est difficile d'organiser le transport vers les centres de santé et quand la présence des sages-femmes au centre de santé n'est pas garantie. Par ailleurs, dans beaucoup de cas, les femmes ont décidé d'accoucher à la maison parce qu'il n'y avait personne pour les accompagner au centre de santé et personne pour prendre soin des enfants chez elle. Certains personnels de santé se sont également mal comportés envers les bénéficiaires de bons et leur ont demandé de payer des frais supplémentaires. Cela peut être en partie expliqué par leurs revenus faibles et leur manque de motivation à réaliser des accouchements dans un centre de santé. Pour résoudre ce problème, il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures plus efficaces pour améliorer la performance des services. Le problème de démotivation du personnel qualifié peut être combattu en liant le système de bons avec le système d'incitation financière mis en place par le gouvernement. Afin de faciliter le transport des femmes durant la nuit, un arrangement local avec les communautés pourrait être imaginé. Le projet pourrait utiliser les volontaires de santé villageois en leur donnant des primes et des ressources pour organiser le transport et l'accompagnement des femmes enceintes au centre de santé. Dernier point, mais non des moindres, une meilleure promotion de l'accouchement assisté au centre de santé pourrait améliorer l'utilisation des bons.

Conclusion

Au final, malgré les limites de cette étude, nous pouvons conclure que le système de distribution de bons et le FES, s'ils sont bien conçus et bien mis en œuvre, ont un fort potentiel pour améliorer l'accès des femmes enceintes pauvres aux accouchements assistés en apportant une réponse aux barrières financières. Cependant, de nombreuses barrières non financières n'ont pas été prises en compte. C'est pourquoi, pour être pleinement efficaces, les systèmes de bons et le FES doivent être mis en œuvre parallèlement à d'autres interventions pour améliorer la qualité des services. Plus de preuves sont nécessaires pour démontrer l'impact des systèmes de bons et de FES et

tirer des leçons qui permettraient un passage à l'échelle dans de bonnes conditions.

Remerciements

Nous remercions le personnel de terrain du Ministère de la Santé et de la Coopération Technique Belge ainsi que les volontaires de santé villageois à Kampong Cham pour leur grande implication dans la mise en œuvre du projet et la collecte des données. Nous sommes très reconnaissants à Anna C. Gorter, Bruno Meessen, Kristof Decoster et César Antonio D.P. Sousa pour leurs commentaires sur les précédentes versions de ce document. Nous remercions également les relecteurs et les correcteurs.

Références

Bhatia MR & Gorter AC (2007) Improving access to reproductive and child health services in developing countries: are competitive voucher schemes an option? *Journal of International Development* **19**(7), 975-81.

Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Kissner C & Mills A (2006) Mobilising financial resources for maternal health. *Lancet* **368**, 1457-65.

Campbell MRO & Graham JW (2006) Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* **368**, 1284-99.

Coady D, Grosh M & Hoddinott J (2004) Targeting of transfers in developing countries: Review of Lessons and Experience. World Bank, Washington.

Donnay F (2000) Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* **70**, 89-97.

Ensor T (2004) Consumer-led demand side financing in health and education and its relevance for low and middle income countries. *International Journal of Health Planning and Management* **19**, 267-285.

Graham W, Bell JS & Bullough CHW (2001) Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? *Studies in Health Services Organisation & Policy* 17, 97-129.

Gwatkin DR, Bhuiya A & Victora CG (2004) Making health system more equitable. *Lancet* 364, 1273-80.

Hanson K, Worrall E & Wiseman V (2006) Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Health System Resource Guide.

Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Ir P, Kim Van H & Meessen B (2004) Access to health care for all? User fees plus a health equity fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning* 19, 22-32.

Hill K, Thomas K, AbouZahr C, Walker N, Say L, Inoue M & Suzuki E (2007) Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet* 370, 1311-19.

Houweling AJT, Ronsmans C, Campbell MRO & Kunst EA (2007) Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 85, 10.

Liljestrand J (2000) Strategies to reduce maternal mortality worldwide. *Current Opinion in Obstetrics & Gynaecology* 12(6), 513-17.

Meessen B, Van Damme W, Ir P, Van Leemput L & Hardeman W (2002) The New Deal in Cambodia: The second year. MSF Phnom Penh, Cambodia.

Ministry of Health (2005) *Joint Annual Performance Review 2005*. Phnom Penh, Cambodia.

Ministry of Planning (2006) *Cambodia Socio-Economic Survey 2004*. Phnom Penh, Cambodia.

NIPH & NIS (2006) *Cambodia Demographic and Health Survey 2005*. Phnom Penh, Cambodia

NIS & DG (2001) *Cambodia Demographic and Health Survey 2000*. Phnom Penh, Cambodia.

Onwujekwe O, Hanson K & Fox-Rushby J (2004) Inequalities in purchase of mosquito nets and willingness to pay for insecticide-treated nets in Nigeria: challenges for malaria control interventions. *Malaria Journal* 3, 6-13.

PSP-One (2006) Vouchers for health: A focus on reproductive health and family planning services. Primer for policy makers.

Ronsmans C & Graham WJ (2006) Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 368, 1189-200.

Sharma S, Smith S, Sonneveldt E, Pine M & Dayaratna V (2005) Formal and informal fees for maternal health care services in five countries: policies, practices, and perspectives. Futures Group International, POLICY Project. POLICY Working Paper Series No 16.

UNFPA (2006a) Maternal and neonatal health in East and South-East Asia. Bangkok, Thailand.

UNFPA (2006b) Obstacles to deliveries by trained health providers. Power Point presentation. <http://cambodia.unfpa.org/publications.htm> (accessed 14/06/2008).

United Nations (2000) United Nations Millennium Declaration, Resolution A/RES/55/2. New York.

Van Damme W, Meessen B, von Schreeb J, Heng TL, Thome JM, Overtoom R & Ir P (2001) *Sotnikum New Deal, the first year*. MSF Phnom Penh, Cambodia.

Van Damme W, Van Leemput L, Ir P, Hardeman W & Meessen B (2004) Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Tropical Medicine and International Health* 9(2), 273-80.

WHO NHA (2006) <http://www.who.int/nha/country/KHM-E.pdf> (accessed 14/06/2008).

Wilkinson D, Holloway J & Fallavier P (2001) The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia. Ministry of Health, Cambodia.

World Bank (2005) A guide to competitive vouchers in health. Private sector advisory unit, The World Bank Group: Washington DC.

World Bank (2006) *Halving poverty by 2015? Cambodia poverty assessment 2006*. Phnom Penh, Cambodia.

World Bank (2007) World Development Statistics, updated 2007 <http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?PTYPE=CP&CCODE=KHM> (accessed 14/06/2008.)

Worrall E, Hill J, Webster J & Mortimer J (2005) Experience of targeting subsidies on insecticide-treated nets: what do we know and what are the knowledge gaps? *Tropical Medicine and International Health* 10(1), 19-31.

Yanagisawa S, Oum S & Wakai S (2006) Determinants of skilled birth attendance in rural Cambodia. *Tropical Medicine and International Health* 11(2), 238-51.

Annexe 1. Questionnaire et critères d'éligibilité pour le système de bons ('vouchers')

Q1 - Logement	Résultat	Q6 - Actifs de la ferme	Résultat
A. Toit : Chaume/Feuillage/Tente	0	A. Aucun	0
Tuile/Zinc/Tôle	1	B. Charrue	1
B. Mur : Aucun/Feuillage/Bambou	0	C. Animaux de labour (boeufs, buffles)	2
Bois	1	D. Pompe à eau	3
Ciment	2	F. Tracteur/ machine à cultiver	4
C. Sol: Aucun	0	Q7- Bétail	Résultat
Bambou	1	A. Aucun	0
Bois	2	B. 1 Cochon adulte/<30 Poulets/Canards	1
Ciment/Carreau	3	C. 2 Cochons adultes/ >30 Poulets/Canards	2
D. Etat: Mauvais	0	D. >2 Chèvres/1Vache/Boeuf/Bufle	3
Bon	1	E. >2 Boeufs/Bufles/Chevaux	4
Très bon	2		
Q2 - Objets électroniques	Résultat	Q8 - Revenu/Personne/Jour	Résultat
A. Aucun, Radio	0	A. <2.000 Riels*	0
B. Téléviseur/magnétoscope (Noir & Blanc)	1	B. 2.000 à 4.000 Riels*	1
C. Téléviseur (Couleur)	2	C. 4.100 à 8.000 Riels*	2
D. Radio ICOM /Téléphone cellulaire	3	D. 8.100 à 16.000 Riels*	3
		E. >16.000 Riels*	4
Q3 - Electricité	Résultat	Q9 - Personnes à charge	Résultat
A. Aucune, kérosène	0	A. >2 Personnes âgées/Handicapées/Orphelins	0
B. Batterie < 50 Ampères	1	B. 1 Personne âgée/Handicapée/Orphelin	1
C. Achat d'électricité	2	C. Aucune	2
D. Propriétaire d'un générateur	3		
Q4 - Moyens de transport	Résultat	Q10 - Durée des épisodes de maladie grave l'année dernière	Résultat
A. Aucun	0	A. >30 jours	0
B. Vélo/ Petit bateau	1	B. 15-30 jours	1
C. Cheval/Attelage de boeufs	2	C. 5-15 jours	2
D. Bateau à moteur/Moto	3	D. <5 jours	3
E. Automobile/Motoculteur	4		

Q5 - Terres cultivables	Résultat	Q11 - Dépenses de santé par foyer l'année dernière	Résultat
Taille A-Aucune	0	A. >500.000 Riels*	0
B-<01 Hectare	1	B. 200.000 à 500.000 Riels*	1
C-01-02 Hectares	2	C. <200.000 Riels*	2
D->02 à 05 Hectares	3		
E-> 05 Hectares	4		
Qualité A-TroisièmeCatégorie	0	Q12 - Endettement pour les soins de santé	Résultat
B- Seconde Catégorie	1	A. A l'habitude d'emprunter pour financer des soins de santé	0
C Première Catégorie	2	B. N'a jamais emprunté	1
RÉSULTAT FINAL ET CRITERE D'ELIGIBILITE			
A: Résultat entre 0-10	Très pauvre		
B: Résultat entre 11-14	Pauvre		
C Résultat entre 15-18	Presque pauvre		
D Résultat égal ou supérieur à 19	Pas pauvre, exclu du projet		

* Le Riel est la monnaie locale cambodgienne. Le taux de change se situe autour de 4.000 Riels = 1 \$US