

---

## *La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie*

Philippe Renaudin<sup>1,2</sup>, Mohamed Ould Abdelkader<sup>3</sup>, Sidi Mohamed Ould Abdelaziz<sup>4</sup>, Mohamed Ould Mujtaba<sup>5</sup>, Mohamed Ould Saleck<sup>6</sup>, Charles Vangeenderhuysen<sup>7</sup> & Alain Prual<sup>8</sup>

### *Résumé*

La limitation de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour des raisons financières est une des causes des ratios élevés de mortalité maternelle dans les pays en développement et particulièrement en Mauritanie. La mutualisation du risque telle qu'elle est réalisée par le forfait obstétrical permet à toutes les femmes enceintes de faire suivre l'intégralité de leur grossesse pour la somme de 22 \$US soit deux à dix fois moins que dans les autres maternités du service public. Les complications et les interventions chirurgicales en rapport avec la grossesse sont incluses dans l'offre de service. Outre la facilitation de l'accès aux soins, cette stratégie a pour objectifs l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence et l'assurance de meilleures conditions de travail pour les prestataires.

Après cinq années d'expérience dans la capitale et plus de deux ans dans trois régions rurales, l'impact est très positif : on constate dans les quatre zones, grâce à une adhésion massive de la population, une augmentation croissante du nombre de prestations ayant abouti dans les zones rurales à un

---

<sup>1</sup> Programme national de Santé de la Reproduction, Nouakchott, Mauritanie.

<sup>2</sup> Agence française de Développement. Email: [philippe\\_renaudin@yahoo.fr](mailto:philippe_renaudin@yahoo.fr) (la correspondance doit être adressée à cet auteur).

<sup>3</sup> Médecin chef de la maternité de Sebkha, Nouakchott, Mauritanie.

<sup>4</sup> Médecin chef de la maternité de l'hôpital de Kiffa, Mauritanie.

<sup>5</sup> Médecin chef de la maternité de l'hôpital de Néma, Mauritanie.

<sup>6</sup> Médecin chef de la maternité de l'hôpital d'Aïoun, Mauritanie.

<sup>7</sup> Gynécologue-obstétricien Praticien hospitalier, France.

<sup>8</sup> UNFPA, Dakar, Sénégal.

doublément du taux d'accouchements assistés. Le taux d'impayés est inférieur à 0,1% et le système totalement autonome une fois les investissements de départ réalisés. La gestion est assurée par un comité mixte usagers/prestataires/élus locaux, garantissant une transparence exemplaire. Ces premiers résultats ont incité le Ministère de la Santé à faire de la généralisation du forfait obstétrical une de ses priorités en fixant comme objectif une couverture de 80% du territoire d'ici 2010.

**Mots-clés :** Mortalité maternelle, accès aux soins, soins obstétricaux d'urgence, mutualisation du risque, Mauritanie.

## *Introduction*

Chaque année, sur les 535 000 femmes qui meurent des conséquences d'une grossesse, 99% vivent dans les pays du Sud. Dans 33 pays dont 30 en Afrique, le ratio de mortalité maternelle est supérieur à 600 pour 100.000 naissances vivantes (UNFPA 2005 a), soit soixante fois plus que dans les pays occidentaux.

Survenant le plus souvent en dehors des structures de santé, ces décès sont la conséquence de complications connues (Royston *et al.* 1990), quantifiées (Prual *et al.* 2000) et évitables grâce à une assistance qualifiée à l'accouchement : dans l'enquête « Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest », 67,9% des décès sont secondaires à des causes obstétricales directes.

Dans ces pays, les femmes les plus pauvres sont celles qui présentent le risque le plus élevé: les relations entre le niveau de richesse, le taux d'accouchements assistés et le ratio de mortalité maternelle sont déjà démontrées (UNFPA 2005 b, OMS 2005 a).

Améliorer l'accès aux soins pour atteindre 80% d'accouchements en milieu sécurisé permettrait de réduire le ratio de mortalité maternelle à moins de 200 pour 100.000 naissances vivantes comme on l'observe dans la majorité des pays (OMS 2005 a).

Si l'accessibilité aux soins comporte des aspects géographiques ou socioculturels, pour les femmes les plus défavorisées, l'accessibilité financière est un frein considérable à la fréquentation des services de santé et peu de solutions ont été à ce jour proposées. Faute de ressources ou parfois de volonté politique, les états ne peuvent assurer la protection financière de leur

population et les plus démunies se voient contraintes soit de renoncer aux soins, soit de s'endetter lourdement pour faire face aux dépenses de santé, notamment dans le cadre des soins obstétricaux d'urgence, comme l'a montré l'enquête socio-anthropologique menée à Nouakchott (Prual 2000).

En Mauritanie, plusieurs approches coexistent : dans les structures ne pratiquant pas le système du paiement au forfait, le paiement par l'usagère est lié à la prestation mais les plus nécessiteuses sont souvent exclues des soins les plus coûteux ; l'exemption de paiement pour les plus démunies a été tentée mais celles qui en profitent ne sont pas forcément celles qui en ont le plus besoin. Ailleurs, la gratuité des prestations a été testée et c'est le personnel qui se plaint du surcroît de travail et poursuit la vente des médicaments théoriquement gratuits (OMS 2005 b) ; la mise en place de systèmes de crédits communautaires et de mutuelles de santé ne concerne que des expériences limitées (Fofana 1997, Carrin 2005) avec des résultats insuffisants.

Afin de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, un système de prépaiement, nommé 'forfait obstétrical' a été initié en novembre 2002 dans deux Moughataas représentant le tiers de la ville de Nouakchott, puis étendue à une Moughataa supplémentaire à partir de mai 2004 pour devenir opérationnelle dans cinq maternités, couvrant ainsi les besoins de la moitié des parturientes attendues dans la capitale. Le but de ce chapitre est de décrire le forfait obstétrical, les différentes étapes de sa mise en œuvre et d'évaluer les résultats après 5 ans de mise en œuvre.

## *Contexte*

La Mauritanie, pays ouest-africain semi-désertique de 2,8 millions d'habitants, fait partie des vingt pays les moins avancés en terme de développement sanitaire : les dépenses de santé représentaient en 2002 2,9 % du PIB soit 10 \$US par habitant ; les dernières enquêtes réalisées montrent un ratio de mortalité maternelle de 747 décès pour 100.000 naissances vivantes (MAED/MSAS EDSM 2001), une mortalité néonatale de 40‰ et une mortalité infanto-juvénile de 123‰ (MAED/ONS EMIP 2004).

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif ; il est de type pyramidal et comprend trois niveaux : le niveau central est représenté par le Ministère de la Santé ; le niveau intermédiaire

est constitué par les Directions Régionales de l'Action Sanitaire (DRAS) situées dans les 13 capitales de Wilayas (régions) ; le niveau périphérique constitué des circonscriptions sanitaires de Moughataa (département) regroupe les centres et les postes de santé. Certains hôpitaux régionaux bénéficient d'une autonomie de gestion, les autres sont sous la responsabilité des DRAS.

A Nouakchott, la capitale de 558 195 habitants (MAED/ONS 2002), les accouchements ont lieu à 90% dans les maternités du secteur public (MAED/ONS EMIP 2004); les 10% restant se répartissent entre le secteur privé et l'accouchement à domicile. La ville est découpée en 9 Moughataas et abrite par ailleurs les deux hôpitaux de référence du pays.

Malgré la présence de sages-femmes en quantité suffisante dans les structures de santé des différents niveaux, la qualité des soins est notoirement insuffisante, que ce soit en termes d'accueil et de comportement général avec les patientes ou dans le respect des normes et procédures diagnostiques et thérapeutiques.

Les frais engendrés par la prise en charge de la grossesse sont entièrement à la charge des parturientes puisqu'il n'existe dans le pays aucun système de protection sociale, à l'exclusion du corps des fonctionnaires dont les frais de santé sont couverts par l'Etat. Le système de recouvrement des coûts existant est basé sur la vente avec bénéfice des médicaments essentiels. La répartition des primes pour le personnel est tellement complexe qu'elle permet une opacité absolue du système de gestion. De plus, les très fréquentes ruptures de stock imposent le plus souvent aux patientes l'achat des médicaments et consommables dans les pharmacies privées à des prix prohibitifs, retardant d'autant l'application des décisions thérapeutiques en cas d'urgence. L'absence d'organisation d'un système public de référence rend obligatoire le recours aux transports privés et le comportement de certaines catégories de personnel contribue par les bakchich imposés à augmenter de façon conséquente le tarif officiel. Ces frais sont bien entendu variables selon le type de surveillance, la structure de santé fréquentée et le personnel impliqué : de 32 \$US en moyenne pour une grossesse et un accouchement non pathologiques à 333 \$US pour une césarienne (Prual 2000). Ces coûts trop élevés pour une majorité d'usagères sont souvent responsables des retards observés dans la prise en charge des urgences au niveau de la seule maternité chirurgicale du pays située au sein du Centre hospitalier national (CHN).

## LE PROJET 'MATERNITE SANS RISQUES POUR LA WILAYA DE NOUAKCHOTT '

Le forfait obstétrical a démarré à Nouakchott dans le cadre du projet « Maternité sans risque pour la Wilaya de Nouakchott » soutenu financièrement par le Ministère français des Affaires étrangères (budget de 600.000 \$US) avec le soutien technique de l'Organisation mondiale de la Santé. Conçu pour participer à la baisse de la mortalité maternelle et périnatale, ce projet, piloté par la Délégation régionale à l'Action sanitaire avec l'aide de l'Assistance technique française, a privilégié une approche multidisciplinaire associant médecins gynécologues et spécialistes de santé publique, socio-anthropologues, représentants du monde politique et associatif, responsables d'ONG et partenaires au développement afin d'aborder l'ensemble des déterminants de la mortalité maternelle et périnatale.

Ainsi plusieurs activités ont été menées :

- les équipements de base ont été livrés dans toutes les maternités,
- les médecins et les sages-femmes ont bénéficié d'une formation de recyclage en soins obstétricaux d'urgence
- des outils de travail et de surveillance ont été élaborés (Vangeenderhuysen *et al.* 2001)
- un bloc opératoire a été construit et équipé dans le Centre de Santé le plus fréquenté afin d'en faire la maternité de référence des urgences
- une enquête socio-anthropologique a permis de mieux cerner les relations usagères - prestataires et de mieux connaître le circuit thérapeutique des parturientes
- un comité d'audit des décès maternels a été installé
- un système de gestion autonome a été mis en place permettant un accès financier à l'ensemble de la population quel que soit le niveau de soins requis.

Le forfait s'inscrit donc dans une approche globale visant à améliorer l'accès et la qualité des soins, il ne s'agit pas d'une démarche isolée.

## *Les différentes étapes d'implantation du forfait*

S'il a été difficile au départ de convaincre l'ensemble des acteurs et partenaires, le soutien politique sans faille dont a bénéficié très vite cette expérience a favorisé l'adhésion de la majorité des prestataires.

De nombreuses réunions d'information ont d'abord été organisées à leur intention afin que chacun comprenne le fonctionnement du système et l'espoir qu'il représente pour une population en majorité démunie.

Le principe « pas d'accouchement sans sage-femme » a été affirmé par les conférences de consensus chargées de réaliser les protocoles ; les affectations nécessaires ont eu lieu dans les maternités concernées.

Les protocoles de prise en charge standardisés et les divers outils élaborés (dossier d'accouchement, carnets de santé mère et enfant individuels, livrets de gestion pour les médicaments, le laboratoire et l'échographie, fiches de référence, rapport mensuel d'activité et de consommation, livre de recettes ...) ont été adoptés par l'ensemble des prestataires.

Puis, dans le cadre de la mobilisation sociale confiée à une ONG nationale, les élus et les leaders communautaires ont été informés, des réunions de quartier ont été organisées et une sensibilisation porte-à-porte par des femmes-relais a permis de prendre contact avec 70% des familles.

Une charte de « bonne conduite » a été adoptée par le personnel, centrée sur la recherche de la qualité et l'abandon des bénéfices financiers illicites mais aussi sur le droit à l'information sur la gestion du forfait.

La bonne connaissance de l'activité des maternités avant la mise en œuvre du projet, l'adoption des données de l'enquête « Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest » (Prual *et al.* 2000) pour la détermination de l'incidence des principales pathologies attendues de la grossesse et la définition de la consommation des médicaments et consommables par prestation ont permis une estimation précise des besoins et du coût moyen de prise en charge d'une grossesse.

Afin de garantir dès le premier jour la disponibilité de ces produits, un fonds de roulement d'une valeur de 70.000 \$US a été acquis pour un an de fonctionnement.

Un comité de suivi réunissant professionnels, élus, représentants du ministère de la santé et de la société civile et partenaires au développement a été constitué pour superviser l'ensemble du système ; sa composition a été

conçue pour garantir la transparence de gestion.

Au quotidien, c'est une structure plus restreinte nommée comité de gestion qui doit assurer la gestion.

Diverses modélisations à tarifs différents ont été testées, de 18 à 24 \$US ; le tarif de 22 \$US a été considéré comme le plus réaliste : il permet le réapprovisionnement des consommables, il assure au personnel des primes qui peuvent permettre de doubler le salaire si l'activité est soutenue, il reste abordable pour l'immense majorité des parturientes qui payent en moyenne, selon le tarif officiel, inférieur au coût réel, entre 14 et 33 \$US pour un accouchement, et environ 200 \$US pour une césarienne.

### *Description du système*

Basé sur le principe du partage du risque, le forfait obstétrical correspond à une cotisation de 22 \$US réglée en une ou deux fois par la patiente au cours de sa grossesse permettant de couvrir les frais de l'ensemble des soins en rapport avec cette grossesse, quels qu'en soient le déroulement, le mode d'accouchement et les complications immédiates éventuelles.

Toute patiente se présentant pour la première fois en consultation prénatale est informée du choix qui lui est offert et des prestations liées au forfait ; elle peut choisir le paiement à l'acte et ne pas adhérer au forfait : dans ce cas, elle ne pourra plus bénéficier de ces avantages financiers pour la grossesse en cours mais les prestations offertes seront de même qualité.

Quel que soit le mode de paiement choisi, l'usagère reçoit son carnet de santé et un justificatif du règlement, document qu'elle présentera ultérieurement pour bénéficier des prestations. Dans le même temps, la sage-femme de la consultation prénatale enregistre le nom et la somme recouverte dans le livre de recettes relevé chaque mois par le gestionnaire.

Dans le cadre du forfait, sont pris en charge pour chaque grossesse quatre consultations prénatales (CPN) avec fourniture des traitements prophylactiques, un bilan biologique (taux d'hémoglobine et groupe sanguin à la première CPN, albuminurie et glycosurie à chaque CPN), une échographie au 1<sup>er</sup> trimestre, les pathologies en rapport avec la grossesse, l'accouchement normal ou compliqué y compris la césarienne, le transfert en ambulance vers la maternité de référence en cas de nécessité, l'hospitalisation et la consultation postnatale (CPPN).

Le comité de gestion prend connaissance de l'activité des services, des

informations obtenues par le monitoring et des recettes générées par le système ; il valide les commandes de médicaments et consommables et la répartition des primes et contrôle l'équilibre budgétaire.

Ce travail est préparé par le gestionnaire du forfait : chaque semaine, il collecte les recettes et en vérifie la concordance avec les activités déclarées et les souches des carnets de reçu ; à la fin du mois, il présente le bilan comptable au comité et paye les primes et les frais de fonctionnement. Après l'estimation des besoins en médicaments et consommables effectuée chaque mois par le pharmacien, il paye les commandes à partir d'un compte à triple signature.

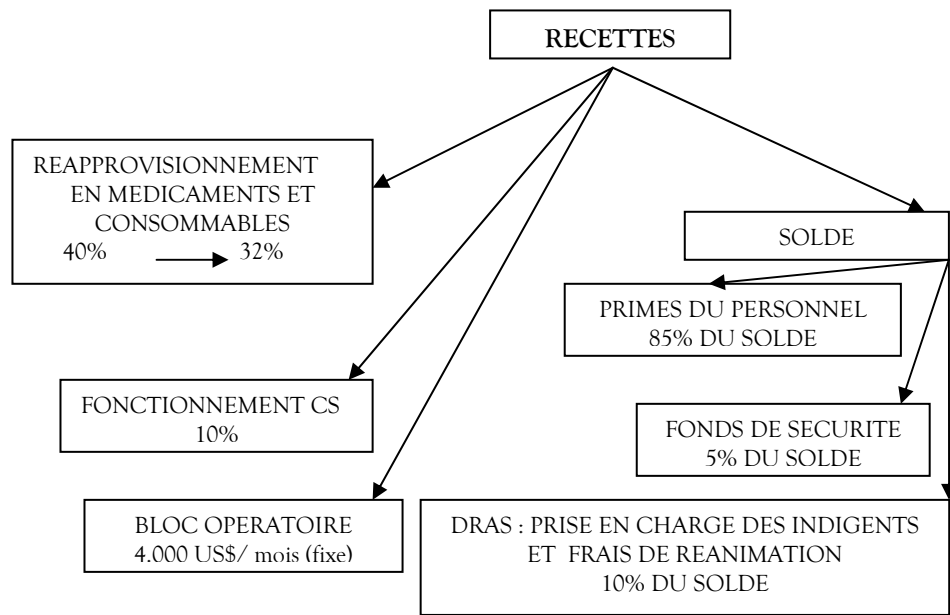
Chaque premier du mois, les centres de santé, en même temps qu'ils présentent leur activité, déclarent le niveau de leur stock en médicaments et consommables afin qu'il soit abondé en fonction des besoins mensuels estimés. Après chaque livraison, le stock de la pharmacie centrale est évalué et réapprovisionné; en cas de rupture de stock à la Centrale d'Achats des Médicaments et Consommables (CAMEC), fournisseur officiel du système public, il est fait appel aux grossistes privés sélectionnés en fonction du meilleur rapport qualité prix.

Les recettes générées par les cotisations doivent assurer le réapprovisionnement en médicaments et consommables, aider au fonctionnement des structures de santé en compensation de la perte des recettes sur la vente des médicaments selon l'initiative de Bamako, payer les gardes du personnel du bloc opératoire pour assurer des soins 24h/24, puis donner au personnel des maternités des primes destinées à compenser la perte des perceptions d'honoraires non officiels. Afin que la notion de qualité reste présente à tout instant chez les prestataires, 30% des primes sont attribuées en fonction de critères méritants : respect de l'hygiène, ponctualité, respect des protocoles, qualité de l'accueil.

Initialement prévu à 40% des recettes, le fond destiné au réapprovisionnement a été progressivement diminué jusqu'à 32% en 2007 compte tenu de l'amélioration de l'offre par la CAMEC (Figure 1).



Figure 1. Répartition des dépenses, forfait obstétrical mauritanien, 2007



La Direction régionale à l'action sanitaire reçoit 10% des recettes afin de rembourser les frais occasionnés par les quelques transferts inévitables en réanimation (CHN); ce fond sert également à prendre en charge les médicaments et consommables des patientes les plus démunies estimées à 5% des usagères.

A partir du moment où plusieurs maternités sont impliquées dans le système, les primes affectées au personnel sont fonction de l'activité de chaque structure. Un coefficient est donc attribué à chaque acte puisque tous les actes pratiqués au cours d'un suivi de grossesse ne sont pas équivalents, que ce soit en termes de difficulté technique, de responsabilité ou de temps passé. Ainsi, l'accouchement est doté du coefficient 1, la consultation et la journée d'hospitalisation 0,2, l'échographie et les examens de laboratoire 0,3. Le nombre d'actes accomplis affectés de leurs coefficients respectifs permet de calculer le nombre de points attribués à chaque

maternité puis de répartir les primes pour le personnel à partir d'une grille indiciaire définie conjointement par les responsables du système et les prestataires en fonction de la qualification.

Le comité de suivi, présidé par le Préfet de région, est le garant de la bonne gestion du système, de la transparence dans la gestion des recettes et des dépenses, de l'équité dans la répartition des primes et du respect de la charte des droits et devoirs signés par tous les prestataires.

Le monitoring, effectué par une sage femme de la DRAS et supervisé par le coordinateur du forfait, permet d'évaluer en permanence l'adhésion de la population, l'activité des maternités et la qualité des prestations offertes ; il organise le recueil systématisé des données dans toutes les maternités publiques de la ville afin de connaître la répartition géographique des accouchements dans le but de mieux cerner la relation entre le lieu d'accouchement et le domicile ; des entretiens sont régulièrement programmés avec les usagères et les prestataires afin de recueillir leur appréciation du système. La rétro information est assurée auprès des sages femmes responsables de maternité.

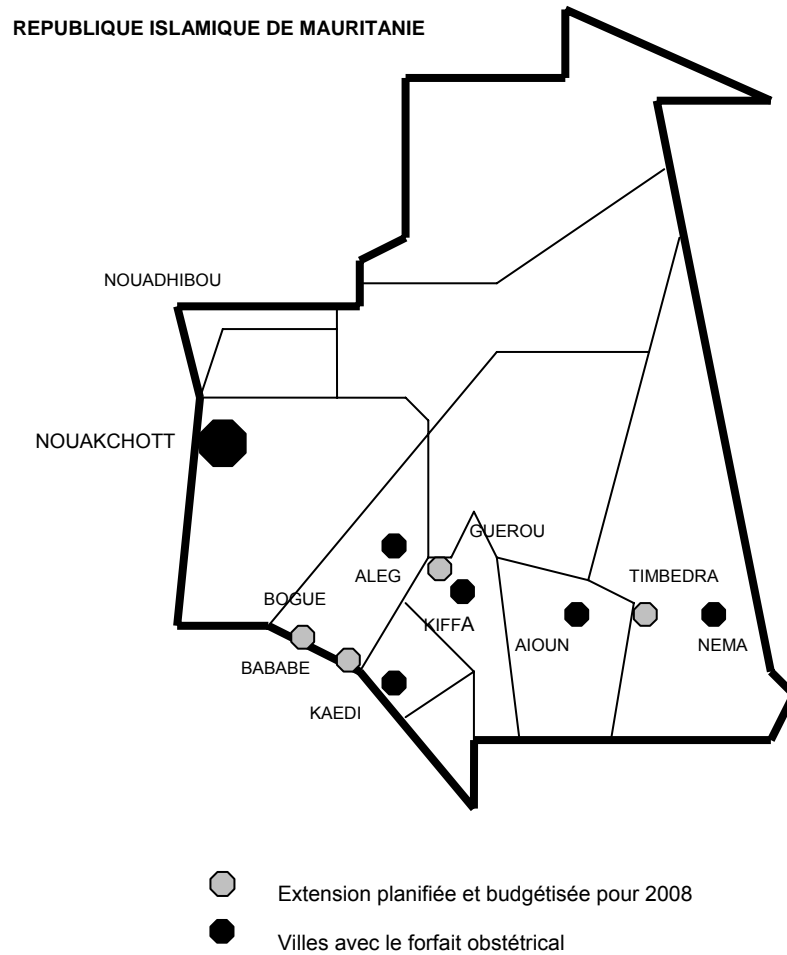
#### EXTENSION DU FORFAIT

Après deux années de résultats encourageants et même si elle ne résout pas tous les problèmes, cette initiative a été considérée par le Ministère de la Santé mauritanien comme un modèle à adapter aux zones rurales. L'expérience a ainsi démarré dans plusieurs Wilayas de l'intérieur :

- le 11 mai 2005, le Ministère de la santé a décidé d'initier l'extension par les capitales régionales des trois régions de l'Est du pays : Kiffa (Assaba), Aioun (Hodh El Gharbi) et Néma (Hodh El Chargui) représentant une population d'environ 70.000 habitants soit le tiers des trois moughataas).
- le 11 mai 2007, c'est la commune d'Aleg (15.000 habitants pour 60.000 dans la moughataa) qui a rejoint le dispositif.
- le 12 mai 2008, ce sont les villes de Kaédi (40.000 habitants) et Nouadhibou (90.000 habitants) qui ont bénéficié du programme d'extension.
- à chaque fois, était garantie la présence effective d'une équipe chirurgicale opérationnelle autour d'un gynécologue affecté 9 à 12 mois auparavant. La concordance entre l'affectation d'un spécialiste et la mise en place d'un nouveau système d'accès aux soins rend

évidemment difficile l'analyse séparée de l'impact de chaque événement ... mais il ne saurait de toute façon être question de mettre en œuvre le forfait obstétrical sans système de référence adapté.

Figure 2. Carte de la Mauritanie : en noir, les villes où le forfait est implanté, en gris les extensions prévues et budgétisées en 2008



## Méthodes

Nous avons évalué annuellement pour chaque site l'adhésion de la population cible au forfait, l'impact sur l'utilisation des services, la qualité des soins et la viabilité financière.

Les données quantitatives sont issues :

- des données de routine collectées à partir des rapports mensuels d'activités fournis par chaque maternité du forfait depuis la mise en œuvre
- des rapports mensuels du monitoring effectués dans toutes les maternités publiques de Nouakchott où ont été recueillies pendant 24 mois consécutifs entre 2005 et 2007 toutes les informations disponibles sur l'ensemble des femmes accouchant la première semaine de chaque mois.
- des rapports annuels de la Délégation régionale à l'action sanitaire et des hôpitaux

Les données qualitatives proviennent :

- de l'analyse des dossiers d'accouchements tirés au sort par série consécutive de cinquante dossiers dans chaque maternité forfait une fois par an ; y sont étudiés en priorité, la qualité de l'anamnèse, la recherche des signes d'infection materno-foetale, la prise de la pression artérielle, la qualité de la réalisation du partogramme et la surveillance du postpartum (la faible fiabilité des résultats de l'étude des deux premiers items explique qu'ils ne figurent pas dans les résultats présentés).
- de l'analyse croisée des rapports d'activité mensuelle des services et des rapports de livraison et consommation des médicaments et consommables ; elle permet de comparer l'utilisation des produits par rapport aux protocoles thérapeutiques
- de l'étude des causes de référence et de la nature des complications graves de la grossesse prises en charge dans la maternité chirurgicale (rapports mensuels)
- de l'interview des usagères et des prestataires à partir d'entretiens ouverts réalisés annuellement jusqu'en 2006 par des agents extérieurs au système formés aux techniques d'enquête socio-anthropologique

## Résultats

### DANS LES CINQ MATERNITES DE NOUAKCHOTT

#### *Adhésion de la population cible et utilisation des services*

Le pourcentage de parturientes ayant adhéré au système de forfait dès la première CPN est passé de 90% à la fin de la première année à 98,2% en 2007 (calculé par le rapport entre le nombre de CPN1 forfait et l'ensemble des CPN1 effectuées dans les cinq maternités adhérentes au programme).

L'étude du lieu d'accouchement en structure publique par rapport au domicile donne une indication sur la confiance des femmes vis-à-vis des structures de santé (Tableau 1) : d'une manière générale, la majorité des femmes accouche dans la maternité la plus proche du domicile, mais davantage quand elles habitent la zone forfait que la zone hors forfait (81 % contre 59 % ;  $p < 10^{-3}$ ) ; 13,2 % des femmes résidant hors zone forfait accouchent dans les maternités forfait ; la majorité des 16,6% de femmes de la zone forfait qui fréquentent encore les hôpitaux de la ville le font par proximité géographique malgré les tarifs plus élevés.

**Tableau 1. Répartition géographique des accouchements dans l'ensemble des maternités publiques de Nouakchott (étude réalisée sur un échantillon de 11.342 femmes recueilli à partir des rapports mensuels du monitoring entre juin 2005 et mai 2007)**

	Maternités zone FO	Maternités zone hors FO	Hôpitaux
Femmes habitant zone FO n=5720	81,3%	2,1%	16,6%
Femmes habitant hors zone FO n=5622	13,2%	58,8%	28%

Comme le montre le Tableau 2, quelle que soit la prestation considérée, l'activité de l'ensemble des maternités du forfait a fortement augmenté depuis le début de l'expérience : en particulier, entre 2003 et 2007, les adhésions ont augmenté de 77,8%, et le taux d'accouchements forfait

représente désormais 77% de l'ensemble des accouchements de ces 5 maternités contre 42,4% en 2003, preuve de la confiance de la population dans ce système.

**Tableau 2. Evolution des principales activités et de la part du forfait dans ces activités pour les cinq maternités 'forfait' de Nouakchott, 2001-2007**

	2001**	2003***	2004	2005	2006	2007
Nb de naissances attendues	11.130	11.904	12.148	12.451	12.762	13.082
Nb d'adhésions au forfait		5.504	7.549	7.829	8.823	9.784
Nb de consultations prénatales	13.500	12.479	18.937	18.990	19.670	23.879
Nb d'accouchements effectués	6.848	9.485	11.111	12.389	11.787	12.463
% césariennes/ accouchements assistés *	1	2,8	2,6	3,5	3,2	3,3
Nb de consultations postnatales	5.890	6.772	8.227	9.224	8.650	8.720
Nb de décès maternels		10	11	16	12	8
Ratio de mortalité maternelle (pour 100.000 NV)	# 250*	105	99	129	102	64
% accouchements avec forfait		42,4	57,4	64,9	72	77
% activité forfait ****		58,2	72,9	78,8	83,5	86,8
% recettes provenant du forfait		59,9	70,6	71,1	76,8	81

\* données pour l'ensemble de la ville de Nouakchott en 2001, pour les maternités forfait les années suivantes.

\*\* dernière année complète sans forfait

\*\*\* première année complète avec forfait

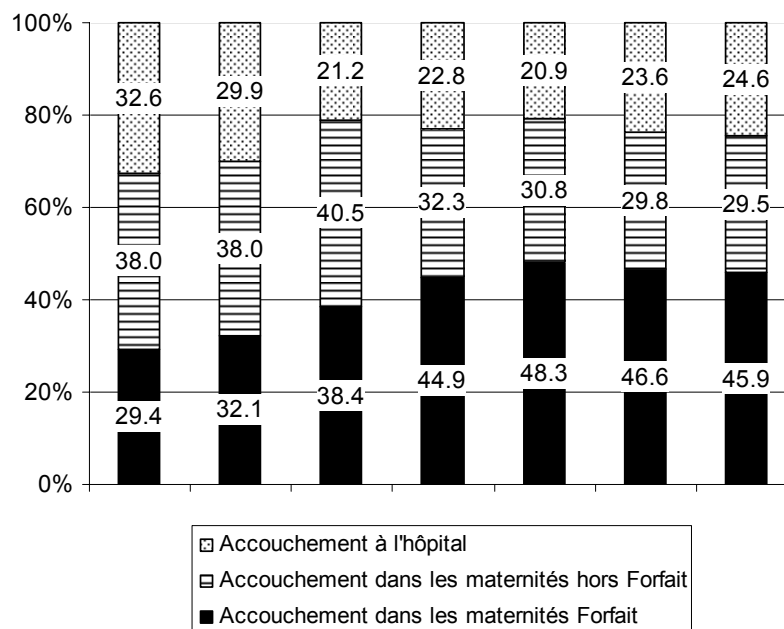
\*\*\*\* prestations réalisées dans le cadre du forfait par rapport à l'ensemble des prestations

Si on considère uniquement les accouchements dans le secteur public au niveau de la ville de Nouakchott, la Figure 3 indique clairement une progression des maternités de la zone forfait essentiellement aux dépens des hôpitaux qui proposent les mêmes prestations à des tarifs très différents.

En 2007, l'utilisation des services est plus fréquente pour les patientes adhérant au forfait avec un nombre moyen de consultations prénatales de

2,4 par patiente (1,7 hors zone forfait) et une couverture de consultation postnatale de 72,9% (45% hors forfait).

Figure 3. Répartition des accouchements dans les structures publiques de la wilaya de Nouakchott



Par ailleurs, le bilan biologique est réalisé dans 95,4% des cas et l'échographie pour 71,8% des patientes (données non disponibles dans les maternités hors forfait).

Dans la maternité de référence de la zone forfait, 62 % des patientes qui payent l'accouchement à l'acte n'ont pas fait suivre leur grossesse.

#### Qualité des soins

Si la surveillance de l'accouchement est en amélioration par rapport à 2005,

la qualité qui était celle au moment de la mise en œuvre n'a pas encore été retrouvée (Tableau 3).

**Tableau 3. Evolution de 3 critères de qualité dans les maternités de la zone FO, Nouakchott, 2003-2007**

	2003	2005	2007
Partogramme de qualité*	48%	35%	45%
Surveillance du postpartum	30%	14%	30%
Surveillance pression artérielle pendant le travail	-	29%	55%

\* % de partogrammes de bonne qualité sur le nombre d'accouchement dans les maternités FO.

La différence entre l'utilisation des médicaments et consommables et les normes définies, montre des situations variables, très satisfaisantes en ce qui concerne les mesures d'hygiène et l'utilisation des ocytociques, beaucoup moins dans les thérapeutiques préventives. A l'évidence, malgré une disponibilité permanente des produits, les procédures ne sont pas toujours respectées : en particulier, seules les CPN1 bénéficient d'une recherche d'albuminurie.

Si l'on considère la période 2005-2007 (Tableau 4), la morbidité maternelle grave représente 5,3% des accouchements avec une létalité de 1,6%. Hémorragies et éclampsie comptent pour 75 % des décès.

**Tableau 4. Morbidité maternelle grave et taux de létalité dans les 5 maternités de la zone FO, 2005-2007**

	Hémorragie ante et per partum	Hémorragie post partum	Complication sévère de l'HTA	Dystocie grave et DPF*	Autres	Total
Morbidité maternelle grave	13,2%	12,2%	13,1%	43,2%	18,6%	
% des accouchements	0,7	0,6	0,7	2,3	1	5,3
Létalité %	3	1,3	4,8	0,4	1,3	1,6

\* disproportion foetopelvienne



Le pourcentage de césariennes est relativement stable (Tableau 2) avec des indications globalement identiques d'une année sur l'autre, exclusivement pour raison maternelle en absence de monitoring fœtal au cours du travail. Le nombre des décès maternels baisse régulièrement mais de façon non encore significative.

#### *Perception du système par les usagers et les prestataires*

Les entretiens réalisés avec les acteurs du système ont permis d'apprécier à plusieurs étapes du projet leur opinion sur le forfait.

La majorité des usagères considère que ce système est plus équitable et accessible au plus grand nombre. Globalement, elles se disent bien accueillies au niveau de la CPN ou des maternités mais beaucoup se plaignent cependant d'un manque d'information sur « le principe du forfait et ce à quoi elles ont droit » et on constate de temps à autre dans la maternité de référence, le retour des pratiques anciennes de corruption, sous couvert mensonger de rupture de stock de médicaments. Elles apprécient le fait que tous les consommables soient fournis, même s'il arrive occasionnellement qu'une ordonnance soit prescrite. Parmi les patientes qui n'ont pas adhéré au forfait, se trouvent deux cas de figure : soit elles ont fait suivre leur grossesse dans une structure hors zone forfait et se présentent à la maternité pour l'accouchement, soit il s'agit, encore trop souvent, de grossesses non suivies.

Parmi le personnel, les avis sont plus divergents : beaucoup considèrent que la charge de travail a augmenté et que les primes sont insuffisantes, qu'il n'y a pas de concertation et d'information à l'intérieur du système ... mais que pour les usagères, l'amélioration est évidente, en terme de coût des prestations et de délai de prise en charge des urgences.

En réalité, l'étude de l'évolution de la charge de travail par prestataire montre que la situation est stable. Cependant, dans la mesure où les salaires ont fortement progressé depuis 2003, l'impact de ces primes dans les revenus mensuels est de moins en moins sensible.

#### *La viabilité financière du système*

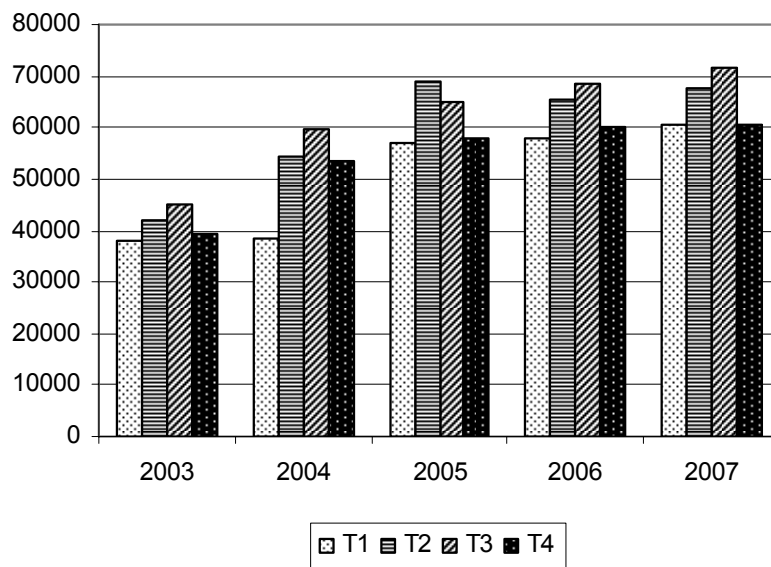
L'augmentation des recettes (Tableau 5) est logiquement proportionnelle à celle de l'activité avec une proportion croissante de la part du forfait.

Tableau 5. Recettes annuelles en \$US des 5 maternités de la zone FO, Nouakchott, 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
TOTAL	16.200	167.670	210.465	254.880	257.527	261.110	1.167.852
% FORFAIT	37,5	59,9	70,6	71,1	76,8	81,0	72,4

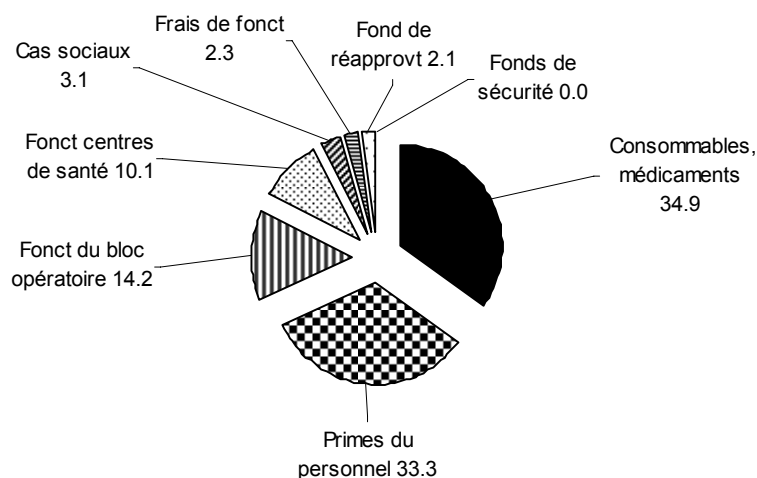
La répartition des recettes est très variable selon le mois considéré (Figure 4) ce qui explique évidemment la variabilité des primes versées aux prestataires.

Figure 4. Evolution trimestrielle des recettes en US \$ dans les 5 maternités de la zone FO, Nouakchott, 2003-2007



La répartition des dépenses (Figure 5) permet de constater que les fonds initialement prévus pour le réapprovisionnement sont effectivement utilisés dans ce sens, soit à venir (2%), soit déjà utilisés ou en stock (35%).

Figure 5. Répartition des dépenses en % des recettes totales dans les maternités de la zone FO, Nouakchott, 2002-2007.



Les frais de fonctionnement du bloc opératoire, indépendants du volume d'activité et correspondant aux frais de gardes, représentent 14% des dépenses. Au total, en comptant les 34% attribués aux primes variables, c'est 48% des recettes qui sont donc directement redistribuées au personnel.

Dans les 10% dévolus au fonctionnement des centres de santé, la moitié est également distribuée en primes pour le nombreux personnel « bénévole », le reste étant voué au petit entretien.

Les 3% rétrocédés à la DRAS permettent sans difficultés de payer les frais d'hospitalisation en réanimation (dix patientes en moyenne par an sur les 5 années de fonctionnement) et d'assurer la fourniture des médicaments et consommables aux usagères qui ne peuvent pas payer le montant du forfait. Depuis la mise en œuvre du système, elles ne représentent que 0,1% des usagères.

En ce qui concerne le fond de sécurité, la quasi intégralité des 5% qui lui sont dévolus ont été utilisés pour l'entretien, la réparation voire l'achat de matériel. Ce n'était pas la destination prévue puisque ces charges incombent en principe au Ministère de la Santé.

Au 31 décembre 2007, les réserves du compte assurent six mois de réapprovisionnement ; sur la dernière année de fonctionnement, le coût global moyen d'un suivi de grossesse en médicaments et consommables correspond à 32,4% du montant du forfait, soit 0,4 % au dessus des prévisions. A coûts et activité constants, il n'y a donc actuellement aucune inquiétude sur la viabilité financière.

#### RESULTATS DANS LES NOUVELLES WILAYAS (KIFFA, AÏOUN, NEMA)

Pour Kiffa Aïoun et Néma (Tableau 6), nous avons comparé la dernière année complète sans forfait obstétrical (2004) avec les années complètes forfait (2006 et 2007). Pour Aleg, Kaédi et Nouadhibou, nous ne disposons pas du recul suffisant pour présenter des résultats même si pour Aleg, les résultats partiels sont proches de ceux observés dans les trois premières moughataas.

**Tableau 6. Evolution des principaux indicateurs de santé maternelle à Kiffa, Aïoun et Néma depuis la mise en œuvre du forfait obstétrical, 2004-2007**

	KIFFA			AÏOUN			NEMA		
	2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Consultations prénatales	# 3.000	5.929	5.970	#1.800	2.932	3.742	749	2.176	2.845
Accouchements Assistés	1.520	2.142	2.630	906	1.178	1.359	605	1.075	1.191
Adhésions forfait		1.956	1.939		732	821		932	1.204
Césariennes en %		3,2	2,5	4,1	4,9	4,8	2,8	3,3	5,7
Décès maternels p 100.000 accouchements	675	186	266	873	524	809	1.818	744	755
Accouchements forfait/acc assistés en %		59	61		58	63		58	64
Accouchements assistés/acc attendus dans la moughataa en %	41	62	69	23	50	65	18	42	49

### *Adhésion et utilisation des services*

L'augmentation est très nette entre 2004 et 2006 :

- pour les consultations prénatales, l'augmentation est de 63% à Aïoun, 97% à Kiffa et 190% à Néma
- les accouchements assistés augmentent de 30% à Aïoun, 41% à Kiffa et 78% à Néma.

Elle se poursuit en 2007 mais de façon logiquement moins spectaculaire.

Cette amélioration de l'accès aux soins permet au niveau de l'ensemble de la Moughataa une augmentation très sensible du taux d'accouchements assistés, plus forte que celle enregistrée au niveau des maternités hospitalières, témoignant ainsi de l'effet d'entraînement de la mise en œuvre du forfait dans ces départements.

L'adhésion au forfait obstétrical est massive (de 83% à 87% en première CPN) et ce mode de paiement est désormais choisi pour les 2/3 des accouchements.

A Néma, on peut déplorer qu'environ un tiers des adhérentes, originaires des villages proches, effectuent leur suivi prénatal dans les structures sanitaires du forfait mais retournent ensuite accoucher dans leur village, le plus souvent à domicile sans sécurité. Les tabous liés au genre, (les prestataires de soins en zone rurale sont presque toujours des hommes) et le poids de la religion encore très forts dans ces zones rurales ajoutés au peu de confiance que les populations avaient jusqu'à ce jour dans leur système de santé en sont probablement les causes. On peut imaginer que déplacer l'offre de soins dans les postes de santé à un tarif abordable permettra de gagner la confiance de ces femmes longtemps oubliées des services de santé.

### *Qualité des soins*

Pour les usagères, la disponibilité permanente des médicaments et des consommables et donc la disparition des ordonnances achetées au prix fort dans les pharmacies privées est une avancée considérable qui explique en grande partie le succès de la formule forfaitaire.

La disponibilité donne aux prestataires un confort de travail nouveau ... et le manque à gagner est globalement compensé par les primes pour la majorité d'entre eux.

Le taux de césariennes est en augmentation, variant de 2,5% en 2007 à Kiffa à 5,7% à Néma.

La baisse de la mortalité maternelle hospitalière est indiscutable

(significative pour Kiffa et Néma), avec des taux qui restent néanmoins trop élevés. Plus de la moitié des décès constatés concerne des éclampsies dont le volet réanimation est difficile à appréhender dans des structures hospitalières équipées d'un plateau technique minimal.

Par ailleurs, la remontée des taux de décès en 2007 est le résultat d'un nombre accru de références venant des Moughataas voisines dans des conditions déplorables (74% des décès).

Reste à expliquer pourquoi la nette augmentation du taux de césariennes à Néma entre 2006 et 2007 n'a eu aucun effet sur la mortalité maternelle et pourquoi il y a une telle différence ( $p=0,007$ ) de mortalité avec Kiffa où l'équipement et l'environnement humain semblent identiques.

#### *Viabilité financière*

L'analyse de la gestion financière montre que le niveau des recettes est stable, permettant sans problème le réapprovisionnement en médicaments et consommables et la distribution de primes qui selon les mois et la catégorie professionnelle, correspond à un 2<sup>ème</sup> salaire.

Les comptes sont très excédentaires, que ce soit au niveau du réapprovisionnement que du fonds de sécurité.

### *Discussion*

Malgré les imperfections mentionnées par les usagères et l'insuffisance de la qualité de certaines prestations fournies lors des actes de routine (Tableau 3), le succès de cette initiative auprès de la population est indiscutable : en témoignent le nombre croissant d'adhérentes et l'augmentation constante des activités (Tableau 2 et 6). Cette confiance attire des femmes résidant à l'extérieur des zones forfait (Tableau 1) et explique les demandes émanant des autres Moughataas pour entrer dans le système, que ce soit dans la capitale ou dans les régions. De plus en plus de femmes choisissent le paiement forfaitaire et une des craintes formulées au moment de la mise en place de ce système d'avoir de nombreux impayés se révèle infondée ; compte tenu du niveau de vie moyen de la population, l'attrait financier est majeur, même si la qualité promise n'est pas toujours au rendez-vous.

La rançon de ce succès se traduit à Nouakchott par une saturation de la maternité de référence qui effectue en moyenne 50 CPN et 18 accouchements par jour avec une équipe de garde certes dirigée par une sage-

femme, mais constituée majoritairement de personnel auxiliaire insuffisamment qualifié avec les risques que cela comporte en terme de sécurité. Un renforcement du niveau des prestataires et la mise en place d'une supervision continue dans le cadre d'un projet de service sont nécessaires pour une amélioration de la qualité des services ; une meilleure organisation des tâches et une répartition du temps de travail plus judicieuse pourrait également permettre une meilleure couverture des consultations pré et postnatales.

Dans le domaine de la qualité, le principal acquis nous semble celui de la permanence et de la continuité des soins rendues possible par la disponibilité des médicaments et consommables, la présence effective d'une équipe de garde opérationnelle et l'existence d'un système de référence efficace permettant la prise en charge dans les meilleurs délais des urgences obstétricales. Le temps moyen requis entre la décision de césarienne et le début de l'intervention est désormais de 45 minutes soit, d'après les observations soigneuses des obstétriciens assurant les gardes, trois fois moins que dans les deux autres maternités chirurgicales de la capitale.

A Nouakchott, bien qu'en diminution par rapport à la période 2003/2005 (Renaudin *et al.* 2007), la létalité reste élevée (Tableau 4) notamment lors des complications hémorragiques et hypertensives mais l'on peut espérer que la récente mise à disposition de dérivés sanguins (plasma frais congelé et concentrés globulaires) permettra de diminuer la létalité de ces complications hémorragiques.

A l'intérieur du pays, l'augmentation en 2007 du nombre de décès enregistrés dans les maternités des capitales régionales correspond à une augmentation des références à partir des départements voisins : cela confirme l'urgence de l'extension du forfait afin d'organiser le système de référence dans des conditions optimales.

Le forfait obstétrical permet des ressources complémentaires officielles mais malgré l'augmentation des activités, les primes sont restées stables suite à la multiplication des affectations de complaisance dans les maternités du forfait. De ce fait, réapparaissent de temps à autre les comportements de corruption qui restent néanmoins minoritaires. Dans les régions où le personnel est beaucoup moins nombreux, le risque est plus faible et la satisfaction quasi générale.

La crainte de malversations dans la gestion de telles initiatives peut être un frein à leur mise en œuvre : l'expérience montre qu'avec des protocoles

de gestion financière bien définis et une responsabilisation du comité de gestion devant les usagers, la rigueur et la transparence sont possibles.

Parce qu'il génère d'importantes ressources (Tableau 5), le forfait est parfois considéré à tort comme la solution absolue à tous les problèmes qui se posent, par exemple en termes de maintenance du matériel médical, comme si on pouvait demander aux usagères de prendre en charge, en plus des médicaments, consommables, primes et gardes du personnel, le fonctionnement du système de santé dans son ensemble. La réhabilitation des locaux, la maintenance ou l'acquisition de matériel neuf doivent rester du domaine de l'Etat ou des bailleurs et il serait dangereux d'imaginer que cette expérience, aussi réussie soit-elle, puisse se substituer intégralement à eux.

Des améliorations sont souhaitables notamment au niveau de l'information du personnel, de la formation continue et des respects des protocoles, de la supervision des maternités, de la concertation avec les représentants des usagères ... mais il est difficile d'obtenir de ces représentants la constance dans l'exécution de leur mandat du fait de sa nature obligatoirement bénévole.

Après 5 ans de fonctionnement à Nouakchott et presque 3 ans dans les régions et une augmentation du montant du forfait de 10% au début de 2005 (20 à 22 US \$), les comptes sont équilibrés et l'autonomie financière assurée si les règles de bonne gestion sont respectées, notamment lors de l'achat des médicaments et consommables.

Tout en restant accessible, ce tarif permet de ne pas avoir recours à un financement extérieur (partenaire au développement, association communautaire, état ou communes ...) dont la pérennité n'est jamais totalement assurée. Pour les partenaires au développement comme pour les autorités sanitaires, le budget modéré d'une extension régionale, actuellement estimé entre 4 et 7 US \$ par femme en âge de procréer selon que la moughataa dispose déjà ou non d'une ambulance opérationnelle, permet de poursuivre la stratégie d'extension à un rythme soutenu.

## *Conclusion*

La garantie d'une disponibilité permanente des consommables, la présence d'une équipe chirurgicale exclusivement consacrée aux urgences, l'organisation du système de référence et une tarification accessible sont



probablement les points forts qui ont permis au forfait d'obtenir auprès des femmes un tel succès.

De plus, ce mode de prépaiement concernant un événement existant dont on connaît le terme et dont le moment de l'intégration peut être choisi, correspond probablement mieux qu'une mutuelle classique aux capacités financières de populations aux revenus modestes et irréguliers.

Par ailleurs, la rigueur dans la gestion et la transparence dans les procédures garantisse viabilité et autonomie sans qu'aucune recapitalisation n'ait été nécessaire et ne soit à envisager.

L'augmentation très nette du nombre d'accouchements assistés au niveau des Moughataas rurales montre l'effet d'entraînement du forfait et plaide pour une extension rapide vers les zones les plus périphériques, là où les besoins sont les plus marqués, les attentes les plus fortes et les efforts les plus nécessaires. Le forfait obstétrical ne peut à lui seul résoudre l'énorme défi posé aux responsables des systèmes de santé pour résoudre le drame de la mortalité maternelle, mais, par le rôle moteur et l'effet d'entraînement qu'il a acquis, il est devenu en Mauritanie une stratégie incontournable dans la politique de santé maternelle du pays.

Le soutien politique sans faille dont a bénéficié cette expérience depuis sa conception est sans aucun doute un élément qui a favorisé jusqu'à ce jour sa pérennité. L'extension de l'offre de soins récemment envisagée en direction du nouveau-né devra elle aussi s'appuyer sur une volonté politique ferme de définir une réelle stratégie de lutte contre la mortalité néonatale.

Actuellement, 25% de femmes mauritaniennes bénéficient de ce partage du risque ; avec l'aide des partenaires au développement (Agence française de développement, UNFPA, UNICEF et Coopération Espagnole), l'objectif est d'arriver fin 2010 à 80% de couverture du territoire dans l'espoir raisonnable de réussir l'objectif du millénaire de réduction de trois quarts de la mortalité maternelle.

### *Références*

Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005) Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine & International Health* 10(8), 799-811.

Fofana P, Samaj O, Kebbie A & Sengh P (1997) Promoting the use of obstetric services through community loan funds, Bo, Sierra Leone. The Bo PMM Team. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 59(suppl 2), 225-30.

MAED/MSAS, Mauritanie (2001) Enquête démographique et de santé 2000-01, ONS/ORC Macro, RIM.

MAED/ONS, Mauritanie (2002) Recensement général de la population et de l'habitat 2000. Répertoire des lieux habités.

MAED/ONS, Mauritanie (2004) Enquête sur la mortalité infantile et le paludisme. Office National de la Statistique. Nouakchott.

Organisation Mondiale de la Santé (2005a) Chapitre 1 & 2 In Rapport sur la santé dans le monde 2005, OMS, Geneva, pp 1-42.

Organisation Mondiale de la Santé (2005b) Concilier la santé maternelle, néonatale et infantile et le développement des systèmes de santé. In Rapport sur la santé dans le monde 2005, OMS, Geneva, pp 139-165.

Pruval A, Bouvier-Colle MH, de Bernis L & Bréart G (2000) Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa : incidence and case fatality rates. *Bulletin of the World Health Organization* 78, 593-602.

Pruval A (2000) Discours et récits des parturientes, de leur famille et des personnels de santé sur les pratiques autour de l'accouchement à Nouakchott : analyse et leçons à tirer. MSAS/DPCS/DRASS de Nouakchott & CHN. Programme maternité sans risque.

Renaudin P, Prual A, Vangeenderhuysen C, Abdelkader M, Vall MI & El Joud D (2007) Ensuring financial access to emergency obstetric care : three years of experience with obstetric risk insurance in Nouakchott, Mauritania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 99(2), 183-90.

Royston E, Armstrong S. Les causes des décès maternels (1990) In : la prévention des décès maternels. OMS, Geneva, pp 78-111

UNFPA (2005a) La santé en matière de procréation: une mesure de l'équité. In : Etat de la population mondiale 2005, UNFPA, New York, pp 33-43.

UNFPA (2005b) Notes et indicateurs. In : Etat de la population mondiale 2005, UNFPA, New York, pp 107-115.

Vangeenderhuysen C, Renaudin P & Vall MI (2001) Le dossier d'accouchement: une aide à la décision. *Cahiers Santé* 11(4), 259-63.

## Annexe 1

### MISE EN ŒUVRE DES EXTENSIONS REGIONALES

Assurer le fonctionnement de la maternité chirurgicale de référence de façon à être capable de prendre en charge toutes les urgences est la priorité absolue. La mise en œuvre du forfait débute donc toujours par la capitale de Région et l'extension se fait ensuite aux postes de santé du département puis aux départements dépendants de cette capitale pour les références chirurgicales.

### PREALABLES

**Ressources humaines** : la première exigence est de disposer d'une équipe formée à la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence.

- présence d'un gynécologue obstétricien ou à défaut d'un chirurgien formé aux techniques d'extraction instrumentale et de césarienne au niveau de l'hôpital de référence
- présence d'un technicien d'anesthésie, du personnel de bloc opératoire et d'un technicien de laboratoire à l'hôpital régional
- présence effective dans les centres de santé et à l'hôpital régional du nombre de sages-femmes ou d'infirmiers formés aux techniques obstétricales nécessaire pour assister les accouchements dans ces structures ; présence dans les postes de santé d'un infirmier diplômé et d'une accoucheuse auxiliaire.

**Equipement** : il s'agit bien entendu de la structure de référence mais aussi des formations sanitaires de base

- existence d'un bloc opératoire équipé et fonctionnel au niveau de l'hôpital régional
- possibilité de disposer de produits sanguins
- équipement de toutes les maternités en matériel de base pour assurer des accouchements normaux de qualité
- existence de moyen de transmission (radio ou téléphone) dans chaque structure de santé
- affectation d'une ambulance fonctionnelle exclusivement destinée aux SOU

## PROCEDURES

Elles doivent obligatoirement être précédées par une étape de présentation des objectifs et du fonctionnement du forfait :

- aux autorités sanitaires et aux prestataires responsables (directeur régional, directeur d'hôpital, médecins chefs de centre de santé, gynécologue, sage-femme du programme national Santé de la Reproduction)
- aux autorités administratives et aux élus locaux
- aux représentants de la société civile (ONG, associations de femmes ...)

Les acteurs régionaux sont bien entendu associés à toutes les étapes de la procédure d'extension.

**Informations sanitaires** ; une connaissance précise de l'activité en santé maternelle est indispensable afin

- de fixer des objectifs
- d'assurer le suivi évaluation des indicateurs
- d'adapter le fonds de roulement au volume d'activité.
- au niveau du district sanitaire, on se contente d'indicateurs de routine simples à collecter :
  - nombre de consultations prénatales (premières et totales)
  - nombre d'accouchements
  - nombre de références à l'hôpital régional
  - nombre de décès maternels
  - nombre de mort-nés
- au niveau de l'hôpital régional, il est nécessaire de connaître le nombre de césariennes et la létalité des différentes complications en plus des indicateurs précédents, ce qui est souvent une nouveauté pour ces structures
- lors de la présentation de la stratégie au niveau des postes de santé, le coût des services, les préférences des usagères et les services déjà utilisés par les femmes en zones rurales sont analysés avec les infirmiers chefs de poste.

**Formation** : elle doit être dispensée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et adaptée au personnel ciblé ; l'encadrement du stage pratique doit

être privilégié et le suivi programmé.

- formation à l'utilisation du partogramme.
- formation à la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales avec application stricte des protocoles prédéfinis par les conférences de consensus déjà validés à Nouakchott
- dans les structures périphériques, l'accent doit être mis sur le dépistage précoce des urgences et l'organisation de la référence.
- les modules de formations standardisés existent au niveau du programme national Santé de la Reproduction ; ils servent de base à la partie théorique qui doit être dispensée conjointement par les formateurs centraux et régionaux
- une attention particulière est portée sur l'absolue nécessité d'un recueil des données d'activité fiable et précis : c'est la garantie d'un suivi correct des indicateurs et c'est aussi à partir de l'activité des services que le contrôle de gestion est effectué.

**Mise en place d'un fonds de roulement** : l'objectif est d'assurer l'acquisition de médicaments, consommables et outils de gestion pour les 6 premiers mois de fonctionnement.

- le volume de ce fonds est bien entendu fonction de l'activité.
- sa composition est définie à partir des protocoles préventifs et curatifs adoptés ; les cinq années d'expérience permettent de vérifier régulièrement la consommation moyenne et d'assurer ainsi un volume pour la durée définie, fonction du financement accordé.
- tous les besoins peuvent être satisfaits localement : idéalement, le fonds de roulement doit être acquis puis renouvelé auprès de la (CAMEC) qui assure la qualité des produits et les tarifs les plus compétitifs ; pour les molécules manquantes (# 15%), le secteur privé peut être contacté.

**Gestion** : le mode de financement communautaire totalement différent de ce qui existe déjà au niveau du système de santé nécessite une gestion particulière qui est maintenant parfaitement rôdée, tant à Nouakchott que dans les régions, et pilotée par un comité composé des représentants des prestataires et des usagers.

La première mesure est l'affectation d'un gestionnaire propre au forfait :

il est préférable qu'il provienne de la société civile, qu'il maîtrise les logiciels informatiques de base ... et bénéficie de la confiance des usagers et des prestataires.

Il devra dans un premier temps être formé à l'ensemble de ses tâches : collecte des recettes, collecte de l'activité détaillée des structures, de leur consommation et de leur stock, établissement du rapport comptable mensuel, présentation au comité de gestion, commande et distribution des consommables, paiement des indemnités ...

L'étape la plus délicate du processus d'extension concerne l'établissement de la liste du personnel effectivement concerné par les activités de santé maternelle et la définition des grilles de motivation. Cette discussion doit se faire dans la transparence avec toutes les catégories de personnel pour éviter les conflits ultérieurs ... même s'il est souvent difficile de satisfaire toutes les revendications.

Le mode de répartition des recettes devra être expliqué très clairement à l'ensemble des prestataires et aux représentants des usagers.

Des modèles de répartition sont proposés aux comités de gestion mais chaque comité a la liberté d'affecter ses recettes comme il l'entend à partir du moment où sont respectés les principes de base :

- le forfait est fixé à 22 \$US au niveau national
- 35 % des recettes sont automatiquement réservées au réapprovisionnement lorsqu'une maternité chirurgicale est opérationnelle dans la zone concernée
- l'offre de services prévue doit être respectée
- les primes du personnel doivent être réservées aux agents concernés par les activités de santé maternelle.

Dans les extensions régionales, des adaptations au mode de gestion doivent être proposées :

- lorsqu'une seule structure effectue des accouchements (cas de certaines capitales régionales), le système de coefficient en fonction de l'acte n'est pas appliqué ; seuls sont considérés les points d'indice fonction de la qualification et de l'activité individuelle.
- dans les moughataas où n'est pas implantée la capitale régionale, il n'y a ni bloc opératoire ni équipe chirurgicale. Les urgences obstétricales doivent donc être référées et l'offre de soins ne peut pas

être exactement la même : il n'y a par exemple pas actuellement de personnel formé à l'échographie, et on réservera le groupage sanguin aux usagères référées.

- chaque « forfait moughataa » est donc autonome et contractualise avec l'hôpital régional la prise en charge des évacuations. Celles-ci sont alors considérées par le « forfait capitale régionale » comme des patientes « à l'acte » mais prise en charge par le « forfait moughataa ». Dans un « forfait moughataa non chirurgicale », il n'est pas nécessaire de disposer des produits et consommables de bloc opératoire ; le pourcentage réservé au réapprovisionnement est rabaisé à 20% et un volet « évacuations » est prévu qui pourra aller jusqu'à 28% dans les zones les plus reculées.

#### **Information et sensibilisation :**

- l'adhésion des populations au principe du forfait obstétrical passe obligatoirement par la sensibilisation de proximité, avec comme stratégie, l'application du porte à porte par les animatrices de quartiers. L'objectif est de sensibiliser 70% des ménages de la zone géographique choisie.
- les autorités administratives et les élus doivent également être informés en détail de la mise en œuvre de cette stratégie lors de réunions spécifiques.
- le fascicule intitulé « *Tout ce qu'il faut savoir et expliquer sur le fonctionnement du forfait obstétrical en 36 questions/réponses* » sert de base à l'activité.
- des fiches résumant objectifs et fonctionnement sont distribuées au moment des contacts avec la population.
- cette activité doit être menée conjointement par des prestataires et des représentants de la société civile sélectionnés pour leur représentativité et leur désintéressement.

#### **Suivi - supervision :**

- sans fixer un calendrier précis, il est évident que les missions de suivi doivent être fréquentes dans les premiers mois suivant la mise en œuvre afin de rassurer les acteurs et de vérifier le bon fonctionnement des procédures mises en place.



- par la suite une supervision semestrielle est suffisante.
- au fil du temps, il est souhaitable que les comités de gestion régionaux proposent et organisent eux-mêmes l'extension à de nouveaux postes de santé.