Évaluation de l'AFD

n° 74
Mai 2016

exPost

Evaluation du projet d'appui à l'extension du forfait obstétrical en Mauritanie

Auteurs : Vincent FAUVEAU (Alter), Aissa DIARRA (LASDEL), Zakaria AMAR (Adage), Philippe VINARD (Alter) et François BOILLOT (Alter).

Direction Innovation, Recherche et Savoirs
Département Évaluation et Apprentissage (EVA)

Agence française de développement
5, rue Roland Barthes 75012 Paris < France
www.afd.fr

Auteurs : Vincent FAUVEAU (Alter), Aissa DIARRA (LASDEL), Zakaria AMAR (Adage), Philippe VINARD (Alter) et François BOILLOT (Alter).

Cette évaluation est téléchargeable sur Internet à l'adresse : http://editions.afd.fr

Avertissement

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence française de développement ou des institutions partenaires.

Directeur de la publication : Rémy Rioux
Directeur de la rédaction : Nathalie Le Denmat
ISSN : 1962-9761
Dépôt légal : 4e trimestre 2018

Crédit photo : Youness Med Dowgu / AFD

RÉSUMÉ

A la demande de l'Agence Française de Développement en Mauritanie, Alter a réalisé la présente évaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif « Forfait obstétrical » en Mauritanie. L'objectif de cette évaluation est double :

1) Apprécier la performance du projet d'appui AFD CMR 11 27 (2008-2013) selon les critères préconisés par l'OCDE, à savoir : pertinence, efficacité, efficience, impact et viabilité, auxquels s'ajoutera l'analyse de la valeur ajoutée de l'action de l'AFD, définie comme la mesure dans laquelle le projet et ses parties prenantes clé ont bénéficié de l'action de l'AFD. Cette appréciation sera assortie d'une notation de la performance du projet.

2) Analyser la performance du dispositif du Forfait Obstétrical en tant que tel au niveau des établissements de soins et des usagères.

Cette évaluation s'est déroulée sur le terrain du 6 avril au 5 mai 2016. Elle a mobilisé un médecin de santé publique, un économiste de la santé, un sociologue mauritanien spécialiste des aspects institutionnels, une anthropologue de la santé, et une équipe d'enquêteurs/trices recrutés et formés localement à la spécificité du recueil de données propres à ce type d'évaluation.

Pour répondre à une situation préoccupante de forte mortalité maternelle et néonatale dans le pays, l'expérience pilote de mutualisation du risque obstétrical dite du « Forfait Obstétrical » a été mise en œuvre au début des années 2000. Elle faisait suite aux premiers projets pilotes de Maternité Sans Risque lancés dans la municipalité de Nouakchott, eux-mêmes dérivés de l'enquête MOMA de 1998-99. Le forfait obstétrical repose sur un préfinancement par les femmes enceintes des coûts liés à la maternité à travers le paiement d'un forfait (6 500 ouguiyas (env 17 Euro) à Nouakchott et Nouadhibou, 5 500 ouguiyas dans le reste du pays) qui comprend la prise en charge d'un suivi de la grossesse (4 consultations prénatales, un bilan diagnostic de laboratoire, une échographie), de l'accouchement (simple ou compliqué avec prise en charge de la césarienne et du transfert si référence vers l'hôpital), de la consultation post-natale ainsi que des médicaments permettant la prévention et le traitement des principales pathologies liées à la grossesse. La tarification forfaitaire, la sécurisation de la disponibilité en médicaments et le paiement de primes pour le personnel sanitaire devaient induire une baisse des dépenses des femmes enceintes liées à la maternité et une amélioration de la qualité des prestations. La bonne gestion du dispositif devait permettre un autofinancement, au-delà de l'investissement initial apporté par les bailleurs pour doter les structures en équipements complémentaires, en médicaments (fonds de roulement initial de 6 mois) et en formations des prestataires de soins et gestionnaires.

L'impact du forfait a été jugé positif par les autorités mauritaniennes, qui ont décidé d'étendre le dispositif à une partie croissante du territoire et d'en faire un instrument de leur politique de couverture du risque obstétrical.
Des difficultés de plusieurs ordres sont rapidement apparues lors de la planification de cette évaluation : Dans la disponibilité et la cohérence des données chiffrées, dans la chronologie, avec distinction des effets du projet ancien (CMR 1127) et du successeur (CMR 1146), dans la distinction évaluative entre le dispositif lui-même et son projet d'appui par l'AFD.

En préambule à l'évaluation proprement dite, la parole a été donnée par l'anthropologue aux bénéficiaires et aux acteurs du dispositif, ce qui a permis de faire la synthèse de l'enquête qualitative, élément essentiel de l'exercice. Pour ce faire, on a opté pour des entretiens semi-dirigés avec des personnes diverses (des prestataires de santé, des usagers, des responsables locaux, des membres des comités de santé et des ONGs locales, des représentants de la mairie et des autorités religieuses, des responsables au niveau national, et des représentants de partenaires techniques et financiers, tant nationaux qu'internationaux), dont les opinions constituent en quelque sorte un sondage d'opinion. Il a fallu choisir une Wilaya logistiquement accessible facilement, dans laquelle on pourrait trouver des Moughataa avec forfait ancien, avec forfait nouvellement implanté et sans forfait. Il fallait aussi qu'on y trouve un hôpital régional, des centres de santé et des postes de santé.

Le médecin de santé publique et l'économiste ont procédé à la revue des statistiques globales du Programme National de Santé Reproductive et du Système National d'Information Sanitaire, celles des Moughataa et celles de certains centres de santé individuels. Il a été difficile d'harmoniser les définitions, les formats des tableurs utilisés pour le suivi des activités réalisés par les administrations locales, les continuités temporelles en raison de l'absence de cohérence et de rigueur dans la collecte des informations produites par chaque formation sanitaire, colligées par le Programme National de Santé Reproductive.

Le Forfait Obstétrical est un dispositif de pré-paiement d'un ensemble de services accompagnant une grossesse y compris la prise en charge de ses complications éventuelles, destiné à réduire les dépenses de santé des femmes dès le début de la grossesse et à garantir un résultat positif tant pour la mère que pour le nouveau-né. Le présent rapport commence par un récit chronologique de la création et de la mise en œuvre progressive du dispositif Forfait Obstétrical dans le pays, assorti des justifications pour des changements stratégiques ou autres apparus au cours des quinze années depuis le début du projet. Plusieurs projets d'appui se sont succédés, dont l'avant dernier, le CMR 1127 a couvert les années 2008 à 2013 particulièrement concernés par cette évaluation. Le récit fait apparaître aussi l'intervention d'autres partenaires techniques et financiers, multi et bilatéraux ainsi que des organisations non gouvernementales internationales et nationales. Enfin le récit résume les étapes d'évaluation et d'études intercurrentes autour du dispositif. La couverture du dispositif, bien que sa définition soit variable selon les modalités employées, s'est accentuée au fil des premières quinze années pour atteindre environ la moitié des grossesses attendues dans les 13 Wilaya du pays, avec des variations selon la densité des formations sanitaires offrant le dispositif dans presque 80 pourcent des Moughataa. La progression en nombre de formations sanitaires offrant le forfait est donc satisfaisante, mais sont apparus des problèmes de détérioration de qualité, de défaillances en approvisionnement de médicaments, de demandes financières imprévues faites aux familles, qui ont fait peser une menace sur l'efficacité du dispositif et sur l'adhésion des familles.
L'enquête qualitative a permis de recueillir les opinions et les expériences tant des usagères que des prestataires et des gestionnaires à tous niveaux, avec un éventail d'éléments positifs et négatifs, offrant des avenues pour évaluer et apprécier les failles autant que les succès.
La performance du dispositif a été évaluée en fonction des critères OCDE de pertinence, efficacité, efficience, impact, et viabilité/pérennité.

La mise en place du dispositif était pertinente au vu de la situation préoccupante prévalant à cette période, avec mortalité et morbidité maternelle et néonatale hautes, soins obstétricaux d'urgence largement insuffisants, et coût élevé de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. Les préalables avant introduction du dispositif dans de nouvelles formations sanitaires étaient appropriés. Plusieurs partenaires ont coopéré avec le programme et l'intégration dans la stratégie nationale s'est vite dessinée.

Le dispositif a été jugé efficace au vu de la progression de la couverture et de l'amélioration de la qualité des soins, des équipements et des personnels de santé accompagnant l'extension aux formations sanitaires. L'adhésion au forfait a entrainé l'augmentation des accouchements assistés. Des problèmes de définition des indicateurs, de manque d'harmonisation des données collectées ont empêché le suivi périodique coordonné. De même l'enregistrement des complications obstétricales et néonatales ainsi que de leur prise en charge a affecté la lisibilité des effets du forfait.

Le dispositif était efficient au début de l'intervention, avec un coût global modeste au vu des résultats. Ce rapport d'efficience s'est un peu détérioré par la suite, au vu de l'usure des équipements, des problèmes de disponibilité des médicaments, et de l'augmentation relative des primes et motivations par rapport aux services dispensés. Le suivi de la gestion financière s'est détérioré au fil du temps, avec une part grandissante de la part des recettes du forfait vers les primes et motivations des personnels, et une augmentation du prix des médicaments, rendant nécessaire l'achat par les usagères.

L'impact du dispositif sur la mortalité, tant maternelle que néonatale précoce a été impossible à mesurer, de même que l'impact sur les disparités et l'équité. L'impact attendu sur les sages femmes, tant sur leur nombre, leur distribution et leur capacité décisionnelle en cas de complications s'est fait attendre.

Enfin la viabilité du dispositif, bien que théoriquement assurée, est menacée par la détérioration de la qualité,

laquelle pourrait avoir un effet négatif sur les nouvelles adhésions, ainsi que sur le résultat de la prise en charge des complications. L'extension du dispositif se poursuit, malgré un ancrage institutionnel fragile.

L'appui de l'AFD au dispositif par le Projet CMR1127 a été évalué au travers de ses trois composantes :
1) Augmenter l'accessibilité et la qualité de la prise en charge obstétricale, 2) Améliorer la prise en charge des problèmes néonataux, et 3) Renforcer les capacités nationales de mise en œuvre, suivi et coordination du FO.

L'appui par l'AFD était pertinent, prenant la suite du projet initié par la Coopération Française, en réponse au besoin croissant de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, et des complications. L'introduction d'un Forfait Néonatal, en revanche, n'apparaissait pas pertinent, l'attention au nouveau-né devant rester complètement intégrée à celle de la mère. L'assistance technique procurée par le projet AFD s'est montrée particulièrement pertinente.

L'efficacité de l'appui a été évaluée point par point en reprenant tous les objectifs, les indicateurs et les cibles à atteindre spécifiées dans le cadre logique. La majorité des cibles à atteindre ont été atteintes, ou dépassées, à l'exception du pourcentage de la population ayant adhéré au FO, du taux d'accouchements assistés, du taux de césariennes et du taux de complications référées. Et ce, malgré une extension d'un an de la durée du Projet.

L'efficience de l'appui AFD était satisfaisante, du moins au début tant que la taille du projet restait modeste, mais l'insuffisance de moyens, couplée à l'augmentation non anticipée du prix des médicaments, a handicapé la gestion au fil des années. Le circuit financier a du s'adapter, n'étant pas prévu par les procédures en vigueur.

La pérennisation de l'appui AFD est non seulement envisageable, mais envisagée puisque le projet successeur CMR 1146 a démarré dès 2013, et que son successeur est déjà en phase de construction et a été approuvé au plus haut niveau. La valeur ajoutée de l'appui AFD a consisté en ses efforts pour promouvoir un dispositif original et convainquant, pour en assurer le suivi et les études complémentaires, pour en faire le plaidoyer auprès de PTFs, pour en assurer l'appropriation nationale, et pour le maintenir jusqu'à son extension complète. La contrepartie est une dépendance du projet vis à vis de l'AFD, qui les lie pour de nombreuses années. Le dispositif FO n'a jamais été exporté en dehors de la Mauritanie.

En conclusion, le forfait obstétrical est une expérience originale, pertinente, positive, lancée par la Coopération française, reprise et soutenue par l'AFD, qui est appelée à une extension nationale une fois intégrée dans le système de santé mauritanien. Cette expérience a soulevé l'intérêt de nombreux partenaires nationaux et internationaux, surtout dans les premières années, mais sa progression a été quelque peu gâchée par des dérapages de gestion, de qualité, d'attitudes, qui ont freiné l'adhésion et la satisfaction des utilisatrices. Les conditions de son extension sont maintenant connues : une volonté politique soutenue, une gestion rigoureuse, un assainissement du système des médicaments, des contrôles efficaces, un suivi rapproché y compris en interrogeant les usagères, une attention constante à la qualité, une implication plus désintéressée des prestataires. C'est à ce prix qu'on verra se dessiner un impact sur la mortalité maternelle et néonatale, l'objectif initial.

L'expérience du forfait obstétrical devrait porter une réflexion sur l'avenir du système de santé mauritanien, avec en particulier le passage à la couverture universelle et à la gratuité au point de délivrance des soins maternels et néonatals.

Evaluation du projet d'appui à l'extension du forfait obstétrical en Mauritanie

Rapport complet

Préambule

« L'objet de l'évaluation rétrospective est de formuler une opinion motivée sur la pertinence, l'efficience, l'efficacité, l'impact et la viabilité du projet financé au regard du contexte, de la politique et des procédures d'intervention du groupe AFD. L'évaluateur a examiné les réalisations du projet en fonction des objectifs qui étaient fixés. Il a, par ailleurs, procédé à l'examen du processus d'exécution et de fonctionnement du projet dans ses différentes phases de mise en œuvre et de suivi.

Cette évaluation est financée par l'Agence Française de Développement. Les observations, appréciations et recommandations exprimées dans ce rapport le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs. »

Paroles de femmes

« La première fois c'était en 2008 et à chaque fois que je suis enceinte j'adhère au forfait… Je cherche seulement mon intérêt, je veux qu'on me fasse un suivi régulier, des échographies et des analyses… J'ai toujours été suivie dans ce centre pour toutes mes grossesses, j'ai 5 enfants… Je pense que c'est un service à la hauteur, les sages-femmes sont accueillantes, ne me font que du bien, me conseillent sur ma santé et me donnent les médicaments. Je crois que ce sont les médicaments qu'on doit me donner parce que j'ai confiance dans le service qu'on me donne… Oui, je suis satisfaite de ce qu'on me fait durant le suivi de ma grossesse et l'accouchement, je veux seulement qu'on respecte ce qu'on m'a dit et je veux ne plus payer les analyses… »

Une femme de Sebkha

---§---

« Pour améliorer le carnet, je voudrais que les soignants ne nous renvoient pas à chaque fois que nous sommes sur place alors que nous avons attendu des heures. Je voudrais qu'on nous donne plus d'informations sur le carnet .Je voudrais un traducteur pour la compréhension. J'ai un problème de communications (je parle le wolof) donc je n'arrive pas à comprendre le fonctionnement du carnet. »

Une femme de Kaedi

---§---

« Les problèmes que j'ai dans le centre sont liés au manque d'information. Je n'arrive pas à m'orienter, le centre est grand et les va-et-vient me fatiguent. L'attente des soignants est longue, ils arrivent tard (9h-9h30) et partent tôt (11h-12h) donc il y a beaucoup de renvois à la maison, surtout au niveau du laboratoire et de l'échographie.

« La qualité de service est très mauvaise. Parfois je suis venue très tôt et la sage-femme est arrivée à 11 :30. Elle a consulté quelques femmes seulement. Et si je me plains et discute, elle ne m'a même pas regardée et elle ne respecte pas le rang. Je suis une victime du forfait et parfois je reste 4h de temps en attente de la sage-femme et à la fin elle ne vient pas. Je suis une femme et j'ai une maison et moi je dois nettoyer et préparer les repas. Je perds souvent un jour, je ne trouve pas la sage-femme et je n'ai pas fait mon travail de maison.

La prochaine grossesse je n'adhérerai pas au forfait car je suis très fatiguée et je dépense beaucoup d'argent avec le forfait. Si je rencontre une femme je lui conseillerai de ne pas adhérer au forfait… »

Une femme de Sebkha

---§---

« *J'ai un bassin étroit donc je ne peux pas accoucher normalement. Le carnet me permet de faire mes césariennes sans beaucoup dépenser*. »

Une femme d'Aleg

Sommaire

Abréviations et acronymes 7

Remerciements 8

1- Introduction 9

2 - Le Forfait obstétrical dans son contexte 9

3 - Méthodologie 12

3.1. LES PARTICULARITES DE CETTE EVALUATION 12
3.2. L'ORGANISATION DE L'ENQUETE QUALITATIVE 12
3.3. LA METHODOLOGIE DE L'EVALUATION 14
Une récolte d'information complexe 14
Plusieurs indicateurs ne permettent pas une évaluation adéquate 15
…quand les indicateurs utiles font défaut 16

4. Récit de la mise en œuvre du Dispositif FO et de ses projets d'appui 17

5. Paroles d'acteurs et de bénéficiaires 22

5.1 LES MOTS DES AGENTS DE SANTE 22
La réception, diffusion et nature de l'information 22
Les perceptions du FO par les soignants 23
Le vécu de l'organisation des soins 25
L'adhésion au FO. 28
L'accouchement. 29
En attendant le FO : le cas de Mounguel 32
5.2. LES MOTS DES FEMMES 34
La sensibilisation sur le FO 34
L'adhésion au FO, les perceptions des femmes 36
Les dépenses liées aux soins maternels et néonatals 39
5.3. LE REGARD DE LA COMMUNAUTE 41
Les chefs de ménage 41
Les comités de santé 41
Les mairies 42
Les chefs religieux 42

6. La performance du dispositif du forfait obstétrical 43

6.1 PERTINENCE DU DISPOSITIF 43
Une réponse à un besoin particulièrement urgent 43
Le ciblage des leviers d'action 44
Des choix originaux dans les conditions de mise en œuvre 45
La coordination avec d'autres bailleurs 46
L'intégration dans la stratégie nationale 46
6.2. EFFICACITE DU DISPOSITIF 47
Le SNIS ne permet pas de mesurer l'efficacité du FO 48
Le dispositif couvre progressivement les territoires 49
Mais l'adhésion des femmes est sans doute surestimée 50
L'augmentation modérée des accouchements avec forfaits à Nouakchott 51
Une augmentation des accouchements assistés concomitante de celle de l'augmentation des adhésions au FO 52
Les complications obstétricales et néonatales et leur prise en charge restent mal enregistrées 55

Le Forfait a peu joué sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge *56*
6.3. EFFICIENCE DU DISPOSITIF 58
La difficulté de faire une synthèse des données de gestion *58*
A Nouakchott les recettes augmentent plus par l'extension géographique que par l'amélioration du taux d'adhésions dans les zones déjà couvertes *59*
La répartition des dépenses privilégie les primes *60*
La difficile répartition des ressources avec l'hôpital pose problème *61*
Des problèmes importants pour le suivi de gestion *62*
La gestion des médicaments est peu transparente *63*
6.4. IMPACT DU DISPOSITIF 64
L'impact du dispositif sur la mortalité maternelle ne peut être mesuré *64*
L'impact du dispositif sur la mortalité néonatale n'a pas de sens *65*
On ne peut pas mesurer l'impact du Forfait sur l'équité d'accès aux SONU *66*
Le forfait n'a eu qu'un impact marginal sur les sages-femmes *67*
Y a-t-il des effets pervers du dispositif FO ? *68*
Impact du dispositif sur le système de santé mauritanien *69*
6.5. VIABILITE/DURABILITE 70
L'intégration dans la politique nationale n'est pas assez explicite *70*
L'ancrage institutionnel est encore fragile *70*
L'absence d'une véritable autonomie financière *71*
Le forfait est-il « populaire » ? *71*

7. Evaluation de l'appui de l'AFD (Projet CMR 1127) 71

7.1. PERTINENCE 72
7.1.1. L'appui de l'AFD était pertinent pour deux composantes *72*
7.1.2. …mais pas pertinent pour la troisième composante *72*
7.1.3. Pertinence d'une assistance technique *73*
7.2. EFFICACITE 74
7.3. EFFICIENCE 77
7.3.1. Les moyens mis en œuvre *77*
7.3.2.L'intégration des procédures budgétaires *77*
7.3.3. Un circuit financier contestable *79*
7.4. ASPECTS DE LA VIABILITE 80
7.5. VALEUR AJOUTEE DE L'AFD 80
7.5.1. Des grands efforts de suivi *80*
7.5.2. Un plaidoyer pour le Forfait et des études *81*
7.5.3. La coordination avec les autres bailleurs *81*
7.5.4. Un dispositif exportable ? *81*

8. En conclusion 83

8.1. FORCES 83
8.2. FAIBLESSES 83
8.3. OPPORTUNITES 84
8.4. MENACES 84

9 - Leçons et recommandations 85

9.1.LES CHOIX STRATEGIQUES NECESSAIRES POUR LE FUTUR 85
Scenario 1 : Intégration dans un système révisé de recouvrement des coûts *85*
Scenario 2 : contribuer à créer un mécanisme de couverture universelle *86*
9.2. RECOMMANDATIONS SUR LE MECANISME DU FORFAIT 87
Redonner priorité à la qualité *87*
Promouvoir davantage le rôle et la responsabilité des sages-femmes *87*
Intégrer le nouveau-né *88*
Réorganiser la gestion des médicaments *88*
Contractualiser les relations avec les hôpitaux *88*
Atteindre les femmes les plus défavorisées *89*

9.3. RECOMMANDATIONS SUR L'ANCRAGE INSTITUTIONNEL DU FORFAIT 89
Réformer l'ancrage au niveau national *89*
Renforcer l'ancrage vis à vis du niveau régional (DRAS) *90*
Décentraliser le forfait dans la capitale. *90*
9.4. RECOMMANDATIONS SUR LA GESTION DU FORFAIT 90
Simplifier le mécanisme de gestion, y compris financière *90*
Installer un système de suivi de la gestion financière *90*
9.5. RECOMMANDATIONS SUR LE SUIVI/EVALUATION DU FORFAIT 90
Le renforcement de la collecte et de l'utilisation des données *90*
L'intégration dans le système national de suivi *91*
9.6. RECOMMANDATIONS SUR L'APPUI DE L'AFD 91
Le suivi du projet actuel *91*
Le nouveau projet *92*

Annexes 93

ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE POUR LE RECRUTEMENT D'UN CONSULTANT CHARGE DE L'EVALUATION RETROSPECTIVE DU PROJET D'APPUI A L'EXTENSION DE LA POLITIQUE NATIONALE DU DISPOSITIF DU « FORFAIT OBSTETRICAL » 93
ANNEXE 2 : CARTE DE LA MAURITANIE 103
ANNEXE 3 : ENQUETE QUALITATIVE : DETAILS METHODOLOGIQUES ET GUIDES D'ENTRETIEN 104
ANNEXE 4 : LETTRE DU MINISTRE DE LA SANTE DE 2011 109
ANNEXE 5 : TABLEAU D'EXTENSION DU FORFAIT OBSTETRICAL DANS LES MOUGHATAA 111
ANNEXE 6 : CONSTATS FAITS EN 2009 LORS DE L'ATELIER NATIONAL FO 115
ANNEXE 7 : DEFINITION DES CRITERES DE JUGEMENT ET TABLEAU SYNTHETIQUE 116
ANNEXE 8 : LA QUESTION DU NOUVEAU-NE 117
ANNEXE 9 : PROGRAMME DE LA MISSION AVRIL 2016 117
ANNEXE 10 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 120
ANNEXE 11 : BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE 123
ANNEXE 12 PRESENTATION DU FORFAIT OBSTETRICAL 125
ANNEXE 13 METHODOLOGIE D'EXTENSION DU FORFAIT 128
ANNEXE 14: TERMES DE REFERENCES D'UNE ETUDE DE COUTS DES PRESTATIONS DE SANTE MATERNELLE DE REFERENCE DELIVREES PAR LES HOPITAUX REGIONAUX ET NATIONAUX ET PROPOSITION D'UN DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION ENTRE LES HOPITAUX ET LE DISPOSITIF DU « FORFAIT OBSTETRICAL » 132

Table des illustrations

Tableau 1 : Chronologie de la mise en place du Forfait Obstétrical 17
Tableau 2 : quelques indicateurs produits par le SNIS en santé maternelle et néonatale 48
Tableau 3 : Progression du nombre de Moughataa offrant le FO entre 2007 (base) et 2015. 49
Tableau 4 : Forfaits rapportés aux grossesses attendues 67
Tableau 5 : Complications néonatales rapportées en 2011 pour toutes les Wilaya couvertes par le forfait 55
Tableau 6 : Données financières des forfaits hors Nouakchott disponibles au PNSR 58
Tableau 7. Origine du budget du Forfait dans les Moughataa dans lesquelles il y a un hôpital en 2013 61
Tableau 8. Recettes et dépenses du forfait dans 3 Moughataa dans lesquelles il y a un CHR en déc 2013 62
Tableau 9. Remarques des auditeurs pour le FO en 2010 63
Tableau 10. Evolution du nombre de décès maternels enregistrés par les hôpitaux et FoSa publiques 65
Tableau 11 Répartition des sages femmes par FOSA 82
Tableau 12. Les indicateurs du Cadre Logique du Projet d'Appui au FO de 2008 à 2013 - CMR 1127 75
Tableau 13. L'utilisation du budget du projet CMR 1127 de 2008 à 2013 d'après l'audit de 2015 78

Figure 1 : Le contraste entre la pharmacie du recouvrement des couts (à gauche) et celle du FO (à droite) 30
Figure 2 : Distribution des modes d'informations 44
Figure 3 : Couverture institutionnelle de 2007 à 2015 59
Figure 4 : Evolution du nombre d'adhésions entre 2003 et 2013, toutes Wilayas confondues 50
Figure 5 : Evolution des adhésions dans les Moughataa appuyées depuis 2008 (hors NKT) 50
Figure 6 : Evolution des adhésions à Nouakchott 62
Figure 7 Evolution des Adhésions à Bogue entre 2008 et 2013 51
Figure 8 : Evolution des Adhésions à Kiffa (Assaba) en 2013 51
Figure 9 : Evolution entre 2005 et 2015 du nombre d'accouchements sous forfait à Nouakchott, ... 52
Figure 10 : Nombre d'accouchements assités 65
Figure 11 : Evolution des accouchements assistés par Wilaya 65
Figure 12 Evolution du nombre d'accouchements assistés (Acc Ass) dans les FOSA proposant le FO 54
Figure 13 : Recettes du Forfait à Nouakchott entre 2005 et 2015 59
Figure 14 : Evolution des dépenses du Forfait à Kiffa entre 2008 et 2013 60
Figure 15. Evolution des dépenses du Forfait à Nouadhibou entre 2008 et 2013 60
Figure 16 : Evolution des dépenses des forfaits à Nouakchott 74
Figure 17 : Distribution des primes par le forfait à Nouakchott 75
Figure 18. Estimations des ratios de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. 64

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
AMO	Assistance à la Maitrise d'Ouvrage
ASMAGO	Association Mauritanienne des Gynécologues-Obstétriciens
ASFM	Association des sages-femmes mauritaniennes
AT	Assistance Technique/Assistant Technique
CAMEC	Centrale d'Achat de Médicaments et Consommables
CHN	Centre Hospitalier National
CHME	Centre Hospitalier Mère Enfant
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation post-natale
CS	Centre de Santé
DRAS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DAF	Direction des Affaires Financières (MS)
DMH	Direction de la Médecine Hospitalière (MS)
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoire (MS)
DRH	Direction des Ressources Humaines (MS)
EDS	Enquête Démographie et de Santé
EMIP	Enquête materno-infantile et Paludisme
FO	Forfait Obstétrical
FOSA	Formation sanitaire (établissements de santé)
HR	Hôpital Régional
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête UNICEF)
MS	Ministère de la Santé
MSR	Maternité Sans Risque
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PTF	Partenaire Technique et/ou Financier
PTME du VIH	Prévention de la Transmission Mère -Enfant
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PS	Poste de Santé
RC	Recouvrement des Coûts
SF	Sage –Femme
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SMN	Santé Maternelle et Néonatale
SOMAUPED	Société Mauritanienne de Pédiatrie
SOUC	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SR	Santé de la Reproduction
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

REMERCIEMENTS

La Mission remercie l'ensemble des partenaires visités et interviewés, tant du Ministère de la Santé (dirigeants et prestataires de soins) que de la société civile et des PTF, qui ont bien voulu faciliter l'évaluation par leurs commentaires et la mise à disposition de leurs dossiers.

La Mission remercie aussi les nombreuses personnes interrogées dans le cadre de la partie qualitative, qui ont bien voulu partager avec les enquêteurs/trices leurs perceptions, commentaires et expériences afin d'illustrer l'évaluation. Il est à espérer que leur voix soit entendue.

La Mission remercie enfin l'AFD, agence de Nouakchott et siège, pour avoir facilité le déroulement du processus et répondu aux demandes d'information.

Nouakchott, Niamey, Montpellier, Juin 2016

1- INTRODUCTION

Dans le cadre de la stratégie de l'Agence française de développement (AFD) de promouvoir un dialogue renforcé sur les résultats avec ses partenaires, elle réalise des évaluations rétrospectives des actions qu'elle a financées, afin d'en tirer les enseignements et d'assurer une information objective sur l'utilisation des fonds publics engagés. A la demande de l'Agence française de développement en Mauritanie, Alter a réalisé la présente évaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif « Forfait obstétrical » en Mauritanie. Alter est intervenue en association avec la SARL Adage Conseil (Nouakchott) et le Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local – LASDEL (Niger). L'objectif de cette évaluation est double :

- « Apprécier la performance du projet d'appui selon les critères préconisés par le CAD de l'OCDE, à savoir : pertinence, efficacité, efficience, impact et viabilité, auxquels s'ajoutera l'analyse de la valeur ajoutée de l'action de l'AFD, définie comme la mesure dans laquelle le projet et ses parties prenantes clé ont bénéficié de l'action de l'AFD. Cette appréciation sera assortie d'une notation de la performance du projet.
- Analyser la performance du dispositif du Forfait en tant que tel au niveau des établissements de soins et des usagères. »

C'est en raison de ce double objectif que le présent rapport est plus long que prescrit dans les termes de référence. Les termes de référence détaillés de l'évaluation figurent en annexe 1.

Cette évaluation s'est déroulée sur le terrain du 6 avril au 5 mai 2016. Elle a mobilisé un médecin de santé publique, un économiste de la santé, un sociologue mauritanien spécialiste des aspects institutionnels, une anthropologue de la santé, et une équipe d'enquêteurs/trices recrutés et formés localement à la spécificité du recueil de données propre à ce type d'évaluation[1].

Après un aperçu du contexte dans lequel le dispositif du Forfait obstétrical s'est développé et un rappel des méthodes utilisées pour cette évaluation, nous présenterons le récit chronologique de la mise en place du dispositif Forfait Obstétrical. En préambule à l'évaluation proprement dite, nous donnons la parole aux bénéficiaires et aux acteurs de mise en œuvre, exercice qui permet de faire la synthèse de l'enquête qualitative. Nous abordons ensuite l'analyse de performance du « dispositif du Forfait Obstétrical » jusqu'à ce jour en suivant les critères requis par l'AFD. Conformément aux termes de référence et aux discussions lors de la réunion de cadrage de la mission, nous présentons ensuite l'analyse de performance du Projet d'Appui CMR 1127 au dispositif de 2008 à 2013, et concluons par la discussion des leçons apprises et les recommandations qui en découlent.

2 - LE FORFAIT OBSTETRICAL DANS SON CONTEXTE[2]

En Mauritanie, selon l'Observatoire Mondial de la Santé hébergé par l'OMS, les pathologies maternelles, néonatales et nutritionnelles sont pour 2014[3] de loin responsables de la majeure partie

[1] Le détail de l'organisation de ces missions est en annexe 6

[2] Pour une meilleure compréhension du « mécanisme » du Forfait Obstétrical et dans un souci de concision de ce rapport, nous renvoyons le lecteur non familier du mécanisme du Forfait Obstétrical aux documents cités dans la bibliographie (Annexe 11) et en particulier au « Guide de Fonctionnement du Forfait Obstétrical » publié en 2011 ainsi qu'à la note synthétique de présentation en Annexe 12

[3] OMS, Annuaire Statistique Mondial pour 2014, Genève, 2015

des années de vie perdues du fait de la mortalité prématurée. Le Gouvernement a pris dès les années 2000 la mesure de cet important problème en augmentant la part du budget de l'Etat consacré aux soins de santé maternelle et infantile, et en créant le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR). La mortalité maternelle en Mauritanie est l'une des plus élevées de la sous-région, malgré une baisse relative entre 2000 (747 pour 100 000 naissances vivantes, selon l'EDSM[4]) et 2007 (686 pour 100 000 naissances vivantes (NV), selon l'enquête MICS 2011[5]). La dernière estimation des agences du système des Nations Unies[6] donne un ratio de 602 (intervalle de confiance 399-984) décès pour 100 000 naissances vivantes pour l'année 2015, avec une estimation de 810 décès annuels et un risque de décès maternel de 1 sur 36 femmes en âge de reproduction. La réduction par rapport au taux de 1990 n'a été que de -40% ce qui est loin de l'OMD 5 qui était fixé à -75%. (Voir le graphique N° 18 page 77). L'enquête SONU couvrant 2011[7], qui peut être considérée comme une ligne de base pour l'évaluation du projet CMR1127, a montré une proportion de besoins obstétricaux non satisfaits de 81% sur 4741 complications répertoriées dans 254 formations sanitaires, et un taux de césariennes de moins de 3%, ce qui est nettement insuffisant.

Cette situation inquiétante de la santé maternelle se retrouve au niveau de la mortalité néonatale (décès entre 0 et 28 jours), avec des taux élevés (43 pour 1000 en 2012, 34 pour 1000 en 2015) qui représentent plus de la moitié de la mortalité infantile (77 pour 1000 décès entre 0 et 1an en 2012, 60 en 2015). Il n'est malheureusement pas possible d'estimer la mortalité néonatale très précoce, celle des premières 24 heures de vie, car elle est très incomplètement enregistrée sur les registres de décès, et encore moins sur les registres de naissance. En outre, elle n'a pas été mesurée dans les enquêtes de population. Cependant, il a été avancé que 48% des causes de décès des enfants de 0 à 1 an sont en fait des causes néonatales précoces[8].

Pour faire face à ces problèmes, les moyens mobilisés par les autorités sanitaires demeurent limités. Selon les comptes nationaux de la santé, la part des dépenses totales de santé dans le PIB se maintient à 4%, un niveau nettement inférieur aux pays voisins. Les recettes reposent largement (40% en 2013) sur les paiements directs par les usagers. La part du budget de l'Etat consacrée à la santé représentait seulement 3,3% en 2011 et n'a augmenté que légèrement jusqu'à 4,5% en 2016, ce qui est encore loin de l'objectif fixé dans le Plan National de Développement sanitaire (PNDS) élaboré en 2011 pour la période 2011-2020 (qui indique 8% d'ici 2015). De plus le budget de l'Etat, tout comme le PIB, est très sensible aux variations des cours des matières premières. De 2011 à 2014 le budget du Ministère de la Santé a sensiblement augmenté sans pour autant que les moyens budgétaires disponibles au niveau des formations sanitaires aient connu un progrès similaire. Pendant ces deux dernières années le budget de l'Etat s'est à nouveau stabilisé. La mise en place du forfait obstétrical, qui est un mécanisme de financement, doit être replacée dans ce contexte de financement d'ensemble du système de santé.

L'expérience pilote de mutualisation du risque obstétrical dite du « Forfait Obstétrical » a été mise en œuvre au début des années 2000. Elle faisait suite aux premiers projets pilotes de Maternité Sans Risque lancés dans la municipalité de Nouakchott, eux-mêmes dérivés de l'enquête MOMA de 1998-99. Le forfait obstétrical repose sur un préfinancement par les femmes enceintes des coûts liés à la

[4] Enquête Démographie et Santé Mauritanienne, la dernière réalisée en 2000 et publiée en 2001 par Macro International et le Ministère de la Santé de la RIM.

[5] Enquête à Indicateurs Multiples par Grappes. L'avant dernière enquête MICS, menée en 2010, devait faire état d'une mortalité maternelle comprise entre 630 et 650 pour 100 000 naissances vivantes. La dernière date de 2015, résultats non disponibles.

[6] Trends in Maternal Mortality 1990-2015, WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank and UN Population Division, Genève 2015

[7] Enquête sur les Soins Obstétricaux d'Urgence en Mauritanie, réalisée en 2012 sur les données de 2011, publiée en 2013 (AMDD et al.)

8 Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners : Mauritania - Global Health Observatory (htphttphtp:/www.who.int/gho/en/) January2015

maternité à travers le paiement d'un forfait (6 500 ouguiyas[9] à Nouakchott et Nouadhibou, 5 500 ouguiyas dans le reste du pays) qui comprend la prise en charge d'un suivi de la grossesse (4 consultations prénatales, un bilan diagnostic de laboratoire, une échographie), de l'accouchement (simple ou compliqué avec prise en charge de la césarienne et du transfert si référence vers l'hôpital), de la consultation post-natale ainsi que des médicaments permettant de traiter les principales pathologies liées à la grossesse[10]. La tarification forfaitaire, la sécurisation de la disponibilité en médicaments et le paiement de primes pour le personnel sanitaire devaient induire une baisse des dépenses des femmes enceintes liées à la maternité et une amélioration de la qualité des prestations. La bonne gestion du dispositif devait permettre un autofinancement, au-delà de l'investissement initial apporté par les bailleurs pour doter les structures en équipements complémentaires, en médicaments (fonds de roulement initial de 6 mois) et en formations des prestataires de soins et gestionnaires. Les préalables d'accréditation des formations sanitaires candidates, le circuit parallèle de gestion des fonds, le circuit parallèle de gestion des médicaments, les formations dispensées au personnel de santé à sa mise en place se trouvent dans le Guide de Fonctionnement (2011) et dans le document en Annexe 13 intitulé Guide d'Extension.

L'impact du forfait a été jugé positif par les autorités mauritaniennes[11], qui ont décidé d'étendre le dispositif à une partie croissante du territoire et d'en faire un instrument de leur politique de couverture du risque obstétrical. Cependant, il est important de souligner que le forfait n'est qu'un des instruments disponibles pour réduire la survenue de « dépenses catastrophiques » en cas de complications obstétricales. D'autres instruments sont disponibles dans l'éventail des systèmes de protection sociale, comme l'exemption de paiement des services de santé maternelle pour les familles indigentes, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les fonctionnaires et progressivement pour les salariés du secteur privé.

Dans un contexte d'engagement international fort vis-à-vis de la réduction de la mortalité maternelle (cf. sommets du G8 à Muskoka en 2010 et à Deauville en 2011), le forfait obstétrical est régulièrement mis en avant comme un projet emblématique (cf. cité dans le « best practices stock-taking » du rapport sur la redevabilité de Deauville). Les enjeux de son extension et de sa consolidation sont donc importants tant au niveau national qu'international.

La logique d'ensemble du dispositif Forfait Obstétrical est fondée sur un certain nombre de choix stratégiques annoncés dès le début de l'histoire du forfait et tout au long de son développement, à savoir : (i) Agir à la fois sur la barrière financière et l'amélioration de la qualité ; (ii) Associer une logique de prépaiement, d'assurance et de subvention ; (iii) Cibler les dépenses du forfait sur les primes, les médicaments et la référence ; (iv) Améliorer la qualité par l'équipement, la formation et la supervision ; (v) Cibler les centres de santé, principaux collecteurs et bénéficiaires, et « remonter » vers les hôpitaux uniquement pour les cas référés ; (vi) Créer un programme spécifique pratiquement autonome (le PNSR) avec ancrage institutionnel aux niveaux central et décentralisé ; (vii) Etablir un partenariat avec la société civile en particulier dans la sélection des gestionnaires des forfaits et des comités de gestion ; (viii) Extension géographique progressive selon un système d'accréditation ; (ix) Extension sociale pour les personnes les plus défavorisées (un système de caisse de solidarité alimentée par une part des recettes a été prévu dès le départ); (x) Extension du forfait aux soins néonatals dès le début ; (xi) Financement diversifié en partenariat entre la France et plusieurs bailleurs (UNICEF, UNFPA, AECID, Monaco) ; (xii) Préoccupation d'une reconnaissance du forfait comme stratégie nationale. Ces différents points présentés dans la lettre de cadrage de la mission soulignent l'enjeu de cette évaluation.

9 Taux de change (avril 2012) : 1 euro = 389 ouguiyas, soit 17 Euro

10 RIM – PNSR - Guide de Fonctionnement du Forfait Obstétrical, 2011

11 Ibid

3 - METHODOLOGIE

3.1.Les particularités de cette évaluation

Bien que les termes de référence spécifient: « Evaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif du « Forfait obstétrical » mis en œuvre entre 2008 et 2013 », et précisent que « au sein de cette évaluation, une attention particulière sera portée à l'analyse qualitative de l'efficacité dispositif du FO dans son ensemble, quelle que soit la source de financement », il a été convenu lors de la discussion de la note de cadrage de bien distinguer d'une part les résultats de l'enquête qualitative et l'évaluation du dispositif Forfait Obstétrical tel qu'il apparaît aujourd'hui, et d'autre part l'évaluation rétrospective du Projet d'appui de l'AFD à la mise en œuvre et à l'extension du dispositif entre 2008 et 2013 (projet CMR 1127). Ces différentes échéances rendent plus difficile la conduite d'ensemble de l'évaluation. L'emphase placée par l'AFD sur les aspects qualitatifs ne dispensait pas de l'analyse de données quantitatives dans la mesure où celles-ci étaient à la base du pilotage du dispositif et constituaient certains des indicateurs du projet d'appui.

Des difficultés de plusieurs ordres sont rapidement apparues, dans la disponibilité et la cohérence des données chiffrées, dans la chronologie, avec distinction des effets du projet ancien (CMR 1127) et du successeur (CMR 1146), dans la distinction évaluative entre le dispositif lui-même et son projet d'appui par l'AFD. Dans un tel contexte, les délais prévus par notre groupement pour répondre aux questions d'évaluation, contraints qu'ils étaient par les termes de référence, se sont révélés sous-dimensionnés à l'ampleur de la tâche.

Ainsi, il n'est pas apparu possible, lorsque l'analyse de données quantitatives s'est avérée nécessaire, de conduire une analyse reposant sur des échantillons statistiquement significatifs. Il a été décidé de procéder par « coups de sonde » sur des échantillons choisis selon la disponibilité des données. Sur le plan qualitatif, on a opté pour des entretiens semi-dirigés avec des personnes diverses dont les opinions constituent en quelque sorte un sondage d'opinion. L'attention de l'AFD a été attirée lors de la négociation du contrat, sur la nécessité, si une évaluation devait s'accompagner d'une étude qualitative rigoureuse, de prévoir pour celle-ci des moyens adéquats.

3.2. L'organisation de l'enquête qualitative

Il était légitime et nécessaire, dans l'évaluation d'un dispositif visant à réduire mortalité et morbidité maternelle et néonatale, d'interroger les usagères, ainsi que les prestataires. La méthodologie qualitative a été conçue par l'anthropologue et organisée par le sociologue de l'équipe. Le médecin et l'économiste ont participé en conduisant des interviews avec des personnes-clés dans les structures administratives, Ministère de la Santé, agences du système onusien, partenaires, directeurs et personnels des hôpitaux et des formations sanitaires visitées, officiels des préfectures et des districts, représentants d'associations et ONGs.

Pour la partie socio-anthropologique, deux objectifs ont été formulés, l'un sur l'offre et l'autre sur la demande, et trois types de cibles identifiés : les prestataires de santé, les usagères et les responsables locaux. Les détails des méthodes employées sont présentés en annexe 3. La limitation des moyens disponibles a conduit les évaluateurs, en concertation avec l'AFD, à réaliser les arbitrages suivants :

Choix des sites d'enquêtes : Comme attendu dans le cadre d'une enquête qualitative, il n'était pas possible de préparer un échantillon représentatif comme pour une enquête auprès des ménages. La contrainte était de choisir une Wilaya accessible facilement, dans laquelle on pourrait trouver des Moughataa avec forfait ancien, avec forfait nouvellement implanté et sans forfait. Il fallait aussi qu'on y trouve un hôpital régional, des centres de santé (CS) et des postes de santé (PS), et qu'on

puisse aller visiter des postes isolés pour écarter « le biais du bitume ». Le choix s'est porté sur la capitale Nouakchott (Centres de Sebkha et d'Arafat) le Brakna, dont la capitale est Aleg, où se situe l'hôpital régional, et sur la Moughataa sans forfait de Moungel (Wilaya du Gorgol).

Choix des enquêteurs : Le format d'évaluation imposait de trouver dans un temps très court des personnes disponibles, capables de voyager, diplômées en sciences sociales ou en sciences de santé, en grande majorité féminines pour faciliter l'abord des femmes, capables de parler français et au moins une langue nationale, et expérimentées dans la conduite d'interviews. Un panel de candidat(e)s répondant à ces critères a été interviewé avant le début de l'enquête et un choix a été fait : 13 enquêteurs/trices, dont 12 femmes.

Choix des superviseurs : Il fallait trouver des personnes rompues à l'art de superviser positivement tout en facilitant et en corrigeant les erreurs d'enquêtrices non professionnelles de ce type d'exercice. Les deux superviseurs devaient aussi être en mesure de résoudre les problèmes administratifs, logistiques et relationnels avec les autorités.

Organisation des séquences d'observation : d'abord pour régler les questions, administratives, logistiques et de sécurité (pour qu'une enquêtrice puisse passer la nuit dans un service), et puis s'assurer de l'accueil par le personnel en place d'une observatrice à la fois professionnellement au courant des pratiques, et chargée de noter ses constats.

Transcription des réponses aux questionnaires, traduites des quatre langues nationales en français et saisies sur PC, elle devait se faire au fur et à mesure, en y passant les soirées pour garder la fraicheur de mémoire et pouvoir envoyer les transcriptions chaque jour.

Choix des cibles : chaque équipe d'enquêteurs/trices devait se distribuer pour aller trouver des prestataires de santé de tous types, des femmes ayant adhéré au forfait et des femmes n'ayant pas adhéré, des responsables de santé et des responsables administratifs, des membres des comités de santé et des ONGs locales, des représentants de la mairie et des autorités religieuses. (voir détails des cibles en annexe). Un cahier des outils et procédures d'enquête (y compris le guide d'entretien) a été remis à chaque enquêteur/trice. Ainsi, les prestataires ont été rencontrés dans leur ensemble durant les matinées au sein des formations sanitaires. Des observations systématiques et participantes ont pu être faites de jour comme de nuit, et cela particulièrement par les enquêtrices professionnelles de la santé. Pour la réalisation des entretiens, nous avons tenu compte du fait que certains seront plutôt disponibles l'après-midi, d'où la possibilité de mener les entretiens avec eux à leurs domicile. Ces entretiens hors formations sanitaires ont surtout concernés les femmes non adhérentes au FO et celles qui utilisent rarement ou pas du tout les services de santé. En effet, contrairement aux adhérentes, ces femmes ont été rencontrées à leurs domiciles grâce à une recherche active de la part des équipes d'enquêteurs/trices parfois avec l'appui des responsables locaux. La même procédure a été adoptée pour ce qui concerne les accoucheuses traditionnelles.

Chaque jour, en fin de soirée, les membres de chaque équipe se sont réunis pour faire un compte rendu des entretiens et observations et leurs rédactions. Ces réunions permettaient en outre de repérer les comptes rendus nécessitant des compléments d'information en vue d'entretiens complémentaires auprès des mêmes enquêtés et d'autres enquêtés si nécessaire.

Les entretiens réalisés ont concerné 199 personnes au total dont : 55 agents de santé, 94 femmes (30 femmes adhérentes au FO, 33 femmes non adhérentes au FO, 31 femmes n'utilisant pas ou très rarement les services de santé), 46 responsables communautaires et 4 accoucheuses traditionnelles. Au total, 21 observations ont pu être rapportées. (Voir Annexe 3 avec tableau).

Représentativité. Il est très difficile dans le contexte d'une telle enquête de préciser (à fortiori de chiffrer) la récurrence des témoignages, puisqu'il a été précisé dès le début du rapport que

l'échantillon des personnes interrogées n'est pas statistiquement représentatif de la société mauritanienne. Le choix des citations a été fait par l'anthropologue sur la base de la récurrence, ainsi que sur la base d'indiquer des opinions contrastées. Si on ne peut pas donner les proportions de chaque idée ou opinion exprimées, il est par contre important de considérer chaque opinion et ne pas la traiter comme "marginale".

3.3. La méthodologie de l'évaluation

Le médecin de santé publique et l'économiste ont procédé à la revue de l'abondante documentation mise à leur disposition, puis à la revue des statistiques globales du PNSR et du SNIS, celles des Moughataa et celles de certains centres de santé. Il a été difficile d'harmoniser les définitions, les formats de tableurs, les continuités temporelles en raison de l'absence de cohérence et de rigueur dans la collecte des informations produites par chaque formation sanitaire, colligées par le Programme PNSR. Le besoin apparaissait clairement depuis le début du projet d'un statisticien plein temps intégré au PNSR, qui puisse fournir un suivi cohérent des indicateurs principaux. D'autres incohérences internes sont apparues entre les données du forfait et celles du système national d'information sanitaire (SNIS).

Une récolte d'information complexe

L'implantation du forfait dans des Moughataas nombreuses et dispersées, qui ne sont pas toujours entièrement couvertes par le dispositif, rend complexe l'évaluation. Dans une expérience pilote[12], il est facile d'avoir une répartition plus simple qui permet de limiter les biais, mais une telle expérience n'a été réalisée ni au début du dispositif, ni lorsqu'il s'est agi de le passer à plus grande échelle. Cette absence d'évaluation soigneuse avant passage à grande échelle (ou si elle a été réalisée l'indisponibilité des résultats) constitue une faiblesse pour une stratégie ayant vocation à couverture nationale.

Dans l'état actuel des données disponibles, il est impossible de pouvoir comparer des populations (ou des femmes) bénéficiant du Forfait avec celles n'en bénéficiant pas. Les enquêtes nationales auprès des ménages (EDS, MICS, EPCV) ne sont pas exploitables car la pratique ou non du forfait n'y est pas mentionnée. La publication prochaine des résultats du MICS 2015, première enquête auprès des ménages permettant de différencier les femmes ayant adhéré au Forfait des autres, permettra peut-être une telle analyse.

Il faudrait idéalement faire une étude statistique comparative des fiches des femmes ayant choisi le forfait (elles disposent d'un « carnet » spécifique) et celles d'un échantillon de femmes n'ayant pas bénéficié du forfait (pas de carnet). Mais celles n'ayant pas bénéficié peuvent appartenir à deux catégories, soit parce qu'elles sont dans une zone où le forfait n'est pas proposé, soit parce qu'elles ont choisi de ne pas s'y inscrire au moment de leur première consultation prénatale. Une difficulté vient du fait que le Forfait est en fait un dispositif hétérogène : les femmes ont le choix lors de la première consultation prénatale de payer l'intégralité du forfait ou la première moitié seulement. Dans ce dernier cas, elles ont le choix de payer ou de ne pas payer la deuxième moitié du Forfait au moment du début du travail d'accouchement. La définition de qui sont les « adhérentes » en est rendue pratiquement impossible en l'absence de suivi individuel. Il serait compliqué de récolter les données en question, à moins de le faire au niveau d'une seule Wilaya, en sélectionnant une de celles

[12] Sans être aussi radicale que les propositions d'E. Duflo (voir par ex. Sciences humaines (2009) Expérimentations sous les tropiques, 10/06/2009) qui propose des études de type essai randomisé, la conduite d'une expérience pilote évaluée comme telle aurait permis d'étalonner la performance et définir les ressources nécessaires à une montée en puissance du dispositif

qui ont les meilleures performances en matière de système d'information sanitaire pour le forfait. Une telle étude ne rentrait cependant pas dans le cadre des possibilités de la mission.

Il est également pratiquement impossible de comparer les statistiques vitales et les statistiques de service de populations appartenant à des districts offrant le Forfait avec celles de populations appartenant à des districts n'en bénéficiant pas, car ces derniers n'ont pas de gestionnaires et par conséquent ne tiennent pas des statistiques de santé maternelle et néonatale de la même nature. On en serait réduit à utiliser les données du SNIS par district (Moughataa), mais en sachant que toute la population d'une Moughataa donnée ne bénéficie pas nécessairement du forfait jusqu'à la couverture de toutes les formations sanitaires y compris les postes de santé périphériques.

Plusieurs indicateurs ne permettent pas une évaluation adéquate…

Défauts de définition mais aussi de conception, de cohérence de collecte et de contrôle de qualité. En particulier le « **taux de couverture** » du Forfait est sujet à plusieurs définitions différentes selon les choix possibles du numérateur et du dénominateur :

- Soit la proportion de femmes ayant acquitté au moins la totalité ou la première fraction du forfait à la première CPN par rapport au nombre de grossesses attendues dans l'année.
- Soit la proportion des femmes ayant acquitté la totalité ou la première fraction du forfait à la première CPN par rapport à la population de toutes les femmes enceintes venant à la consultation prénatale. Les femmes qui n'ont pas payé la seconde partie du forfait ne sont pas retirées car nous ne disposons pas d'un suivi de cohorte. Elles ne sont plus comptabilisées hors forfait qu'au moment de l'accouchement. Il est important de noter que les femmes qui n'ont payé que la première partie du forfait mais pas la suite ne sont pas rayées du forfait.
- Soit la proportion de femmes ayant accouché sous forfait par rapport à tous les accouchements assistés
- Soit la proportion des femmes ayant accouché dans les formations sanitaires offrant le forfait par rapport aux naissances attendues dans la Moughataa en vertu de projections établies sur la base du dernier recensement disponible (RGPH de 2000, le passage à une base établie sur le RGPH de 2013 n'étant prévue que courant 2016).
- Soit la population des Moughataa considérées comme ayant le forfait (soit au moins dans 4 FOSA, définition arbitraire)
- Soit enfin le pourcentage de FOSA qui offrent le forfait, par rapport au total des FOSA existant dans le pays et éligibles. Mais le nombre de FOSA éligibles n'est pas défini.

Il est clair que les autorités ont privilégié la couverture institutionnelle par rapport à la couverture individuelle. Il est aussi très clair que les deux indicateurs-clés d'impact du cadre logique, les taux de mortalité maternelle et néonatale, ne sont pas mesurables et ne sont d'aucun secours pour cette évaluation, et ce pour des raisons différentes :

- Le ratio de mortalité maternelle n'est donné que par des estimations à l'échelle nationale, très imprécises, reposant sur des grands échantillons, avec de larges intervalles de confiance, et n'est absolument pas sensible à des variations fines, ni dans le temps ni dans l'espace. Le Forfait à ce stade n'affectant pas plus du tiers des populations de femmes enceintes du pays, ne peut au mieux que contribuer à la baisse de mortalité mais on ne peut pas savoir le niveau de cette contribution.
- Le taux de mortalité néonatale dans son sens démographique (décès à moins d'un mois) n'est pas approprié, car seule la mortalité néonatale précoce (décès au cours de la première semaine), et la mortalité néonatale très précoce (décès au cours des premières 24 heures) sont sensibles aux complications d'origine obstétricale. Nulle part dans les annuaires statistiques mauritaniens on ne fait la différence entre la mortalité néonatale du premier

mois et les autres (au cours des premières 24 heures et au cours de la première semaine). Pour mesurer les mortalités néonatales précoce et très précoce, il faudrait s'assurer de l'enregistrement de toutes les naissances et de tous les décès avec l'âge exact au décès, ce qui est loin d'être le cas. Quelques statistiques ponctuelles de mortinatalité ont été relevées dans les données disponibles, mais des doutes persistent sur leur qualité et leur homogénéité.

Le Tableau 12 page 88 qui présente de manière synoptique les indicateurs et leurs cibles résume les choix et les contraintes des indicateurs proposés pour suivre et évaluer le projet d'appui au dispositif Forfait Obstétrical.

…quand les indicateurs utiles font défaut

Parmi les indicateurs-clés manquants, on peut relever le taux de besoins satisfaits ou non satisfaits en SONU[13], et le taux de létalité obstétricale (bien que prévu dans le SNIS), indicateurs pertinents de qualité de la prise en charge des urgences obstétricales. Ces deux taux ont été mesurés lors de l'enquête SONU de 2011, révélant des résultats très pessimistes. Une répétition de cette enquête SONU serait utile pour évaluer les progrès. Mais pour les utiliser correctement, il faudrait que toutes les complications obstétricales (et néonatales) soient répertoriées et enregistrées de façon constante et harmonisée dans toutes les formations sanitaires. Les Annuaires Statistiques de Santé le plus récents tentent de compiler ces informations mais la qualité des données n'est pas vérifiée et les résultats sont souvent erratiques.

[13] décrit dans le document *AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF (2009), Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux : Manuel Révisé. Genève*

4. RECIT DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF FO ET DE SES PROJETS D'APPUI

Tableau 1 : Chronologie de la mise en place du Forfait Obstétrical

Le PNSR a été créé en 1998 et officiellement adopté en 1999, traduisant ainsi l'adhésion de la Mauritanie aux concepts et aux recommandations de la CIPD 94, en vue de promouvoir la santé de la reproduction dans le respect de l'égalité et d'équité dans l'accès aux services de santé de toutes les couches socioéconomiques du pays. Le 1er février 2012, l'arrêté ministériel N° 19477 / MS place le PNSR au sein de la Direction des Soins de Santé de Base et de la Nutrition (DSBN) du Ministère de la Santé. Son objectif principal est de lutter contre la mortalité maternelle et néonatale. Il est chargé de la coordination et de la mise en œuvre de la Stratégie nationale, des directives et recommandations en matière de la santé de la reproduction et de la néonatalogie. Le PNSR est piloté et mis en œuvre par les organes suivants : (i) un comité de pilotage, (ii) une unité de coordination centrale, (iii) des unités opérationnelles

Date	Projet	Bailleurs				AT	Spécifique Forfait	Enquête/etude
1999								Enquête MOMA
2000	MSR							
2001								EDS
2002	FO	COOP FR						
2003		Santé Sud						MICS
2004						AT		Enquête SONU/EPCV
2005				UNICEF		AT		
2006					AECID	AT		
2007					Medicus	AT		MICS
2008	CMR1127	AFD	MONACO		Mundi	AT		EPCV
2009	CMR 1139					AT		
2010						AT	Enquête neo natal	
2011						AT	Eval Mi parcours 1127	SONU/MICS
2012							Audit OMS (2010)	
2013	CMR1146						Etude qualité AECID	AECID (Traza), SARA
2014	CMR1178						Etude d'impact IRD/UM	Croix Rouge/EPCV
2015								MICS /SARA
2016						AMO	Enquêtes économiques	
2017	CMR1188							

Note : Le tableau ne spécifie pas certains autres partenaires tels que l'UNFPA car ils ont apporté soit un soutien ponctuel (Assaba), soit à travers d'autres partenaires (Santé Sud, ONFT tunisien) soit un soutien « transversal ».

Au début des années 1990, les niveaux de mortalité maternelle et néonatale en Mauritanie étaient parmi les plus élevés de la région, plus de 1000 pour 100 000 naissances vivantes (NV) pour le ratio de mortalité maternelle et de 47 pour mille naissances pour la mortalité néonatale. La contraception n'était pratiquement pas utilisée, la couverture des accouchements par le milieu médical ne se faisait qu'en zones urbaines, les complications obstétricales et néonatales d'urgence n'arrivaient pas dans les hôpitaux et ces derniers ne possédaient ni les personnels ni les compétences suffisantes pour les prendre en charge, sauf à Nouakchott. La majorité des accouchements en milieu rural se

faisaient à domicile en présence d'accoucheuses traditionnelles. En 1996-99, l'enquête MOMA (Morbidité Maternelle grave en Afrique de l'Ouest [14],[15]) lancée par la Coopération Française fournit un diagnostic de la situation dans sept grandes maternités d'Afrique de l'Ouest, dont Nouakchott. Cette enquête confirme les sérieux déficits en matière de prise en charge des complications obstétricales.

En 2000, La Coopération Française avec l'appui technique de l'OMS, lance le premier projet de Maternité Sans Risque (MSR) dans la Wilaya de Nouakchott, avec un travail sur les compétences des prestataires, une mise à niveau des plateaux techniques, un système de référence vers le niveau supérieur, la participation de la société civile pour la sensibilisation des populations, le début des audits de cas de décès, le recouvrement des coûts, et l'amélioration du système d'information sanitaire (SNIS). L'Enquête Démographie et Santé réalisée en 2001 peut donc servir d'analyse de la situation de base pour ce projet et pour ses successeurs. Le Projet MSR sera évalué en 2002, et cette évaluation positive servira de justification pour le lancement du Projet Pilote MSR-Forfait Obstétrical dans deux Moughataa de Nouakchott, d'abord Sebkha puis El Mina. Le projet est basé sur un mécanisme financier pour un meilleur accès des femmes enceintes aux services de soins obstétricaux, car le constat était que les coûts de ces services étaient extrêmement élevés (environ 40.000 – 50.000 UM pour une seule grossesse avec accouchement normal). Le pari était osé, fondé sur la mutualisation partielle des risques à partir d'un recouvrement des coûts des services qui échappaient à la majorité de la population. Entre 2002 et 2005, le Ministère de la Santé installe le forfait dans les centres de santé de quatre Moughataa de Nouakchott (Sebkha, El Mina, Arafat et Ryad), ainsi que dans quelques « régions de l'Intérieur », en commençant par les hôpitaux régionaux de l'Est, à Kiffa, Aïoun et Néma, puis dans un total de douze Moughataa disséminées dans 6 régions : Néma et Timbédra (Hodh el Chargui), Aïoun, Kobéni et Tintane (Hodh el Gharbi), Kiffa et Guérou (Assaba), Aleg, Bogué et Mocta Lahjar (Brakna), Kaédi (Gorgol) et Nouadhibou (Dakhlet Nouadhibou). En 2005 et 2006, au vu de l'engouement international pour ce dispositif original et prometteur, d'autres partenaires, comme le FNUAP, l'UNICEF et la Coopération espagnole (AECID), s'engagent à appuyer la mise en place du forfait obstétrical, qui n'est pas encore une politique nationale, respectivement dans les régions du Gorgol, du Brakna et du Trarza le long du fleuve Sénégal.

En 2008 l'AFD se substitue à la coopération française pour soutenir le projet dans le cadre de la subvention CMR 1127 de 1,1 Million d'Euro. Le rôle des sages-femmes sera pour la première fois bien spécifié en leur donnant un pouvoir de décision concernant les références. L'AFD prend en charge le budget de l'Assistant Technique déjà déployé depuis 2004. A partir de 2008, le projet financé par l'AFD va progressivement couvrir les 15 Moughataa des sept régions mentionnées plus haut, atteignant 75 établissements de santé maternelle (postes et centres de santé, et hôpitaux). Il y a alors 19,749 adhérentes au forfait. Les quatre composantes majeures concernent : 1) l'extension physique aux formations sanitaires, 2) la fourniture de formations, d'équipements (y compris des ambulances) et de médicaments clés pour améliorer la qualité des prestations 3) la gestion et la

[14] Ouedraogo *C et Bouvier-Colle MC. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi ? MOMA (Mortalité maternelle en Afrique).* JOURNAL DE GYNECOLOGIE D'OBSTETRIQUE ET DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION, vol. 31, n° 1, 2002, pages 80-89

[15] Ould el Joud D, Bouvier-Colle MH. *Étude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes d'Afrique de l'Ouest* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 31, N° 1 - février 2002 pp. 51-62 Doi : JGYN-02-2002-31-1-0368-2315-101019-ART9

coordination du projet au niveau du PNSR, avec la nomination d'un Coordinateur National, et 4) l'intégration des soins au nouveau-né, en améliorant la prise en charge des complications à la naissance (au moins à l'Hôpital de Nouakchott). Un assistant technique résidant à Nouakchott depuis 2004 assure la coordination, l'appui technique et le suivi épidémiologique. Son contrat est renouvelé d'année en année. En 2009, le Gouvernement de la Principauté de Monaco approche l'AFD pour lui confier l'exécution d'un appui de 300,000 € pour développer la pratique de l'échographie obstétricale, qui est déjà une composante du forfait mais nécessite un appui en matière d'équipements et de formation des sages-femmes (convention CMR 1139).

En 2011, au regard des progrès observés et de la position stratégique de la France en appui à ce dispositif innovant, l'AFD demande une évaluation à Mi-Parcours. Celle-ci confirme les progrès et insiste sur l'amélioration nécessaire de certains aspects, en particulier en matière gestionnaire. S'étant achevée juste au moment du départ de l'assistant technique en place depuis 2004, elle insiste sur la nécessité de maintenir une assistance technique forte. Celle-ci est bien prévue dans le nouveau projet (CMR 1146), dont l'étude était déjà bien avancée, avec la proposition de recrutement d'un bureau d'étude pour assurer le soutien administratif (gestion) et statistique. En 2011, une nouvelle enquête MICS[16] et une Enquête Nationale des Soins Obstétricaux d'Urgence[17] peuvent servir de photographies instantanées de la situation globale et région par région. Mais aucune d'elles n'individualise l'usage ou non du forfait obstétrical.

En novembre 2012 le nouvel accord de coopération entre l'AFD et le Ministère de la Santé, concours CMR 1146, est signé pour être mis en place jusqu'en 2016. Il y aura une année charnière, 2013, au cours de laquelle les deux financements se chevauchent. La supervision technique du projet – en particulier pour les activités de consolidation du dispositif (formalisation des procédures de gestion du forfait, inscription dans un corpus de textes juridiques actualisé, etc.) – est assurée par la Direction de la Santé de Base et de la Nutrition (DSBN), direction de tutelle du Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR), qui est plus particulièrement en charge de l'exécution technique des activités d'extension du forfait. La Direction des Affaires Financières (DAF) du Ministère de la Santé assurera la gestion financière du projet. Les Directions Régionales de l'Action Sanitaire (DRAS) se chargent de la sensibilisation communautaire (en contractant des ONG), du réseau de référence, de la sélection et formation des gestionnaires, de la mise en place des comités de gestion, de la formation des membres des comités de gestion et de la mise en place du dispositif de suivi-évaluation. Un « guide de fonctionnement » du forfait, élaboré par l'assistant technique et les partenaires du dispositif en décembre 2011, est mis à la disposition des acteurs du projet. L'objectif de cette phase d'extension du dispositif (concours CMR 1146) est d'atteindre une couverture de 80% de la population à la fin de l'exercice. En fait, selon le PNSR, le Forfait était proposé fin 2013 dans 26 Moughataa du pays, soit 47% des 55 Moughataa, représentant 58% de la population mauritanienne. Il était offert par un tiers (33%) des formations sanitaires réalisant plus de 30 accouchements par an. A noter que par convention donnée par le PNSR, une Moughataa est considérée comme « couverte » quand 4 ou plus de ses formations sanitaires proposent le Forfait.

En 2014, une évaluation d'impact a été commanditée par l'AFD à l'IRD et à l'Université de Montréal, à partir des données statistiques existantes portant sur la période 2000-2011. Ses résultats ont été disponibles à l'été 2015. Elle n'a pas permis de relever un effet significatif du Forfait sur le recours aux soins, ni sur la mortalité néo-natale (ni a fortiori sur la mortalité maternelle). Seul un impact sur

[16] Le quatrième Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête en Grappes à Indicateurs Multiples), organisé et financé par l'UNICEF le dernier en 2011, il y en aura un autre en 2015, dont les résultats sortiront en mai 2016.

[17] Enquête SONU, guidée par l'AMDD (Averting Maternal Death and Disability Columbia University, New York), UNFPA, UNICEF et OMS. Résultats préliminaires disponibles en 2012, publiée en 2013

la disponibilité du personnel des maternités et leurs compétences a été observé, ce qui était prévisible. Ses résultats n'ont pas influencé le projet CMR 1146 qui a démarré bien avant la mise à disposition des résultats de l'étude d'impact. En 2014, l'extension du FO s'est poursuivie dans de nouvelles Wilaya (HEC, Gorgol, Brakna, Tagant, Guidimagha, et Tirs Zemmour). On a ainsi considéré qu'en fin 2014 le forfait couvrait 144 formations sanitaires sur 627 soit 23%. En fait le dénominateur de ce pourcentage ne devrait être fait exclusivement que des formations sanitaires faisant régulièrement des accouchements (celles dites « fonctionnelles »). L'enquête SONU a relevé 254 formations répondant à ce critère, ce qui ferait donc une couverture de 57%, ce qui est plus encourageant. Mais le PNSR de son côté considère qu'il y a 627 FOSA « fonctionnelles » au total, d'où 23%. L'enquête SARA 2013, elle, limitait à 254 le nombre de formations sanitaires investiguées, ce qui ne rend pas possible la comparaison des taux de disponibilité et de capacité opérationnelle dans les deux statistiques.

Fin 2015, le Forfait devait selon les prévisions couvrir 23 formations sanitaires de plus, soit 167 formations sanitaires, 27% si on utilise le total de 627, ou 67% si on utilise le dénominateur de 254 des enquêtes SONU ou SARA. Il reste à vérifier que toutes les FOSA impliquées au début du Projet ont maintenu leur implication au cours du temps. L'AECID s'est retirée de l'appui direct au forfait après 10 ans de coopération, en particulier à travers l'ONG Medicus Mundi. La convention AFD CMR 1146 est prolongée jusqu'en 2016 en raison du délai d'un an à sa signature. Par ailleurs, le Gouvernement de la Principauté de Monaco a délégué en décembre 2014 à l'AFD la gestion d'un appui supplémentaire à l'extension du forfait (CMR 1178). Le protocole d'accord entre la Principauté de Monaco et la République Islamique de Mauritanie (RIM) et le mandat de gestion entre la Principauté de Monaco et l'AFD, ont été signés respectivement en novembre et décembre 2014. La mission de supervision AFD de février-mars 2015 a été l'occasion de soulever avec le Secrétaire Général du MS un certain nombre de points préoccupants : 1) les déficits en ressources humaines pour la santé ; 2) le besoin de consolidation et de suivi des anciennes zones d'extension du FO ; 3) la dégradation des équipements mis en place au début du projet ; 4) le besoin de renforcement de capacités de la société civile (COGES) ; 5) le besoin d'intégrer une dimension de qualité au sein du suivi du FO ; et enfin 6) un retard très important au niveau de l'exécution du projet d'extension du Forfait. La programmation 2015 prévoyait des extensions dans le cadre des concours CMR 1146 et CMR 1178 (Moughataa d'Atar (Adrar) d'une part, et de Teyaret, Dar Naim et Toujounine (Nouakchott)). Une fois le bloc opératoire équipé, le centre de Teyaret (situé dans la nouvelle Wilaya de Nouakchott-Ouest), devait servir de second centre de référence au sein de Nouakchott, en sus de Sebkha, sous réserve de la disponibilité d'un gynécologue, qui devra être assurée par le MS.

En 2015, la 5ème MICS a été réalisée, et l'AFD et le MS ont demandé aux organisateurs d'ajouter la variable « Forfait » ou « Non Forfait » accolée aux questions sur la dernière grossesse des femmes interrogées (voir la méthodologie du MICS 2015) . Il sera donc possible de faire une analyse statistique selon l'adhésion au forfait. Les résultats seront disponibles en juin 2016. On disposera également en 2016 des résultats des études qualitatives conduites dans le cadre de la présente mission et la base de données sera ainsi plus complète. Bien qu'il faille rester prudent et adapter l'extension plus aux capacités qu'aux besoins, l'extension « nationale » du Forfait Obstétrical pourrait alors être envisagée… Mais on ne compte plus que trois agences d'appui financier : AFD, Monaco et l'UNICEF.

Une partie du retard observé devrait être comblée par l'arrivée d'un conseiller administratif en appui à la Maitrise d'Ouvrage (AMO) auprès du PNSR à compter du second semestre 2015. L'AFD et le MS ont en effet estimé qu'un délai supplémentaire de 2 ans était nécessaire, notamment pour une mise en œuvre efficace de l'AMO jusqu'à la fin 2017.

Le bureau d'études qui vient d'arriver fin 2015 en appui au projet CMR 1146 devra mener deux études ponctuelles dans le domaine économique prévues en 2012 :

- Une étude de coûts de revient des prestations de santé maternelle de référence délivrées par les hôpitaux régionaux et nationaux, avec proposition d'un tarif opposable au dispositif « forfait » et d'un dispositif de contractualisation entre les hôpitaux et le dispositif « forfait ».
- Une analyse des exclusions de certains publics du dispositif « forfait » et notamment l'exclusion financière afin de déterminer des modalités de prise en charge du forfait pour ces publics et pouvant déboucher sur la mise en place d'un fonds social de prise en charge des indigents. Ces deux études ne verront le jour qu'à la mi-2016 et leurs résultats ne sont donc pas disponibles aux évaluateurs.

Début 2016, le FO est proposé dans un total de 194 FOSA dans 44 Moughataas couvrant la totalité des 13 Wilaya. Le Tableau d'extension en Annexe 4 en précise le détail. Les Wilaya de Nouakchott, de l'Est, du Centre, et du Sud-Ouest sont bien couvertes, celle de l'Adrar est en passe d'être complètement couverte. Il est temps de se retourner pour évaluer progrès et contraintes.

5. PAROLES D'ACTEURS ET DE BENEFICIAIRES

L'enquête qualitative, outre des informations sur la mise en œuvre du FO et sur son utilisation, a permis de recueillir des témoignages sur la perception du forfait. C'est la première fois qu'on interroge les parties prenantes à cette échelle. Couramment appelé « forfait obstétrical » au niveau central par les acteurs du MS/PNSR ainsi que par les partenaires d'appui, au niveau opérationnel et en communauté on trouve en plus d'autres dénominations assez diverses pour le désigner : *« couper le carnet »*, *« le carnet rose »*, *« le carnet du 5ème »*, *« le soin moins cher »*, *« l'aide des femmes indigentes »*, *« le carnet payé à 6500 UM »*, etc. Ces nominations témoignent des perceptions des acteurs, celles-ci étant nourries des informations véhiculées à son sujet et des expériences individuelles que ce soit dans la mise en œuvre du côté de l'offre que dans l'utilisation des services SMN du côté de la demande.

5.1 Les mots des agents de santé

Par « agents de santé » nous entendons tous les acteurs qui participent à la fourniture des services liés aux SMN que cela soit dans la pratique de soins ou dans le cadre administratif.

La réception, diffusion et nature de l'information

Lors de la mise en place du FO dans une Moughataa, l'information des agents de santé figure parmi les activités entreprises afin de les préparer à leurs nouvelles tâches. Ils réceptionnent cette information suivant trois voies différentes.

Certains la reçoivent par voie hiérarchique soit par le chef de l'établissement soit par un acteur extérieur occupant un poste de responsabilité dans le fonctionnement du FO ou de manière générale dans l'administration de la santé. A cette occasion une réunion est organisée au cours de laquelle il est expliqué aux agents le concept du FO, son mécanisme de fonctionnement, la présentation et l'utilisation des outils de gestion et l'organisation des SONU. L'information fournie est alors très technique avec des explications détaillées sur les tâches. La réunion est dans ce cas une formation sur le FO. Il faut souligner que plus l'agent est proche de la source d'information technique, c'est-à-dire là où est implanté le personnel de coordination du système FO, plus il a des chances de recevoir des informations aussi complètes que possible.

D'autres la reçoivent par l'intermédiaire d'un collègue. Dans ce cas de figure le plus souvent il s'agit d'agents de santé ayant été affectés dans le service après la phase de mise en place du FO. L'ancien poste peut être un autre service au sein de la même FOSA, comme on peut le voir dans une affectation d'un service de médecine au service de maternité dans un hôpital. Cela dénote de la nature très localisée de l'information sur le FO, limitée alors seulement au sein de services liés aux SMN. Dans ces conditions, l'information reçue est incomplète, l'agent devant alors apprendre sur le tas l'utilisation des outils en regardant faire ses collègues comme l'illustre ce témoignage :

> *« Au début je n'étais pas ici. Lorsque j'ai été affectée ici j'ai trouvé le forfait sur place. Je ne fais que copier ce que mes prédécesseurs font »* [Infirmière aide laborantine, CS _ *Fiche11-KD*]

> *« Lorsque je suis arrivée, j'ai trouvé qu'il est déjà en place, mes collègues qui étaient là avant moi m'ont expliqué de quoi il s'agit lors de mon affectation à l'hôpital, et la sage-femme point focale SR à la DRAS m'a beaucoup expliqué sur le FO pour que je puise bien collaborer avec eux pour la prise en charge des accouchements. »* [Sage-femme, hôpital _ *Fiche31-AEH*]

D'autres enfin la reçoivent par l'intermédiaire des femmes qui viennent consulter ou avec l'entourage familial. Ces derniers sont souvent des agents subalternes dans la FOSA qui tiennent un

rôle très marginal dans les activités de soins maternels. Ils reçoivent peu d'informations de la part de la hiérarchie. C'est le cas de ce gardien qui dit :

> *« Ils m'ont amené leurs affiches que j'ai collé sur les murs, j'ai demandé de quoi s'agit-il ? Ils m'ont répondu ''c'est le forfait pour les femmes enceintes''. »* [Gardien, CS _ *Fiche7-MD*]

L'information qu'ils reçoivent est alors nourrie par ce que disent les femmes sur le FO.

> *« Je n'ai jamais fait une formation sur le FO et je n'ai jamais assisté à une sensibilisation sur le FO. Seulement j'entends ce que les femmes disent à propos du FO. Parmi elles, il y en a qui disent que le FO c'est une mutuelle qui peut les aider à avoir accès aux services SR (CPN, Accouchement) et d'autres qui disent qu'elles croient que si elles n'adhérent pas au FO elles ne peuvent pas avoir accès à tous les services. »* [Fille de salle, hôpital _ *Fiche6FMB06*]

Mais soulignons qu'une accoucheuse auxiliaire pourtant participant aux activités de SMN (généralement elles font les CPN, les accouchements et assurent les gardes parfois seules sans la présence de sage-femme) peut se retrouver en marge de cette information.

> *« Moi je n'ai pas été informée du système de forfait parce que je pense que je suis une accoucheuse ; par contre si j'étais une infirmière médicosociale, sage-femme, médecin etc., j'aurai été bien formée et associée. »* [Accoucheuse auxiliaire, CS _ *Fiche30-ZT*]

Parfois le travail de diffusion de l'information sur le FO est fait par du personnel subalterne qui est, d'une autre manière en contact avec les femmes, comme ce fut le cas dans une FOSA où l'ambulancier a été associé à la diffusion de l'information :

> *« Le gestionnaire du forfait m'a appelé et m'a dit que maintenant ils ont un carnet pour diminuer les frais de CPN et de l'accouchement et parfois on donne des médicaments et je veux que tu fasses la sensibilisation à ton niveau »* [Ambulancier, hôpital _ *Fiche9-AEH*]

> *« J'ai été informée durant la formation des prestataires sur la sensibilisation de la population lors de la mise en place du FO. J'étais parmi les prestataires qui ont été formés et qui ont fait la sensibilisation porte à porte pour expliquer le FO »* [Laborantine, CS _ *Fiche10-AEH*]

Par ailleurs, il est important de contrôler le contenu de ces informations/formations, la manière dont elles sont faites auprès des prestataires pour assurer une meilleure appropriation du projet dans les FOSA. Le témoignage de cette prestataire illustre bien cette situation la nécessité d'un tel contrôle :

> *« J'ai été formée 2 à 3 jours sur le FO au niveau de notre centre de santé à l'occasion de la mise en place du FO. Je n'ai pas eu les informations suffisantes sur FO. Je suis membre du comité de gestion, mais malheureusement, j'ai peu d'information sur le FO. »* [Sage-femme responsable des médicaments _ *Fiche2-RI*]

Les perceptions du FO par les soignants

Nombre d'agents de santé ont une définition du FO assez proche de l'information technique qu'ils reçoivent de la hiérarchie, en tous cas pour ceux qui l'ont reçue. La notion de contribution des femmes au financement de la santé et d'accessibilité financière aux SMN sont soulignées en insistant particulièrement sur la prise en charge des urgences obstétricales.

> *« C'est un système de santé qui est mis en place pour assurer le suivi de la grossesse et de l'accouchement dans les meilleures conditions et à moindre cout » [Sage-femme, hôpital _ Fiche21-AEH]*

> *« Le forfait est un carnet qui aide les femmes au moment de la grossesse, c'est à 5500 UM dont les consultations prénatales, les examens de laboratoires, l'échographie, l'accouchement*

et la césarienne sont y compris. On l'appelle le carnet de forfait. » [Accoucheuse auxiliaire, PS _ Fiche1-TF]

« Le forfait est un carnet et un soutien pour les femmes durant toute la grossesse jusqu'à l'accouchement, le forfait est très intéressant. On l'appelle carnet de forfait. » [Infirmier, PS _ Fiche14-TF]

« Je pense que c'est une bonne idée de la prise en charge des patientes et à moindre coût » [Sage-femme, hôpital _ Fiche31-AEH]

« C'est un montant forfaitaire à payer par la femme, géré par un comité dans le but d'assurer la prise en charge des soins de la femme durant toute sa grossesse, son accouchement quel que soit le mode d'accouchement et son post-partum » [Agent responsable des médicaments, CS _ Fiche4-AEH]

« C'est une méthode pour simplifier aux femmes l'accès aux services de la SR. » [Laborantin, CS _ Fiche10-AEH]

« C'est très bon parce qu'il pousse les femmes à suivre les visites et l'accouchement au niveau des centres avec des moyens financiers pas chers » [sage-femme, CS _ Fiche5-ZT]

« C'est une occasion en or pour les femmes enceintes. » [Sage-femme responsable des médicaments _ *Fiche2-RI*]

En outre, ils perçoivent le forfait comme une aide pour les femmes qui n'ont pas les moyens de payer les prestations. Ainsi pour beaucoup, le forfait a été instauré pour venir en aide aux *« femmes enceintes pauvres », « la prise en charge des démunies », « c'est une mutuelle pour les femmes enceintes et il permet d'aider les femmes pauvres ».*

Certains mettent plutôt l'accent sur le « contrat » ou la « coopération » qui lie les prestataires de soins aux femmes. Compris en ces termes, les services SMN deviennent alors un droit pour les femmes adhérentes.

« C'est une mutuelle à laquelle les femmes cotisent pour avoir droit aux services. Normalement, elles doivent bénéficier de quatre CPN, une échographie, un bilan de grossesse, une CPON, des médicaments, accouchement et éventuellement césarienne. » [Sage-femme responsable maternité, CS _ *Fiche8-MD*]

Or, confrontés à la mise en œuvre du projet, nombre d'agents reconnaissent que ce lien est rompu dans certaines FOSA à cause des écarts entre la théorie et les pratiques réelles : par exemple du fait des ruptures de médicaments les agents se trouvent contraints à prescrire des ordonnances aux femmes adhérentes alors que celles-ci ne devraient pas les payer.

« Au moment de mon arrivée, le forfait était moyennement bon, mais au fil du temps, il y a eu des ruptures au niveau de médicaments surtout les antibiotiques et aussi les solutions et d'autres. » [Sage-femme, CS _ Fiche15-RI]

« Pour ce qui est des médicaments du FO il y a toujours des ruptures et si on prescrit les ordonnances, c'est les problèmes qui surviennent » [Médecin-chef, CS – Fiche37-MD]

« En cas de rupture de médicaments et des analyses, il y a des femmes qui ne sont pas contentes, et elles ont le plein droit. » [Sage-femme, CS _ Fiche6-RM]

Les agents qui ont procédé à l'adhésion des femmes se retrouvent au premier plan face à leurs mécontentements :

« Mon grand problème est que c'est moi qui reçois l'argent d'adhésion donc les femmes disent "mon argent est avec Mme X" » [Sage-femme responsable maternité, CS _ *Fiche8-MD*]

Mais les agents ressentent le même sentiment de déception vis-à-vis de la hiérarchie qui, selon eux, a failli dans le contrat avec les FOSA :

« Il y a une différence entre ce qui a été dit et ce qui ce passe. Par exemple il a été dit qu'il y aura des équipements pour les différents services mais aucun service n'a reçu d'équipements. Il a été dit qu'il y aura un renforcement des médicaments FO mais jusqu'à présent les médicaments sont insuffisants par rapport à la demande (rupture de stock) » [Médecin-chef, CS _ Fiche29-RB]

C'est pourquoi, certains n'hésitent pas considérer le FO comme synonyme de « problème »

« Ce n'est que problèmes pour nous. (…) au début je pensais que c'était un projet important mais au total je me suis rendu compte que c'est un problème pour nous » [Accoucheuse auxiliaire, CS _ Fiche5-KD]

Le vécu de l'organisation des soins

La mise en œuvre d'un nouveau projet ou d'une nouvelle approche entraîne forcément des changements dans l'organisation des soins. Des postes sont parfois créés pour opérationnaliser les activités permettant d'atteindre les objectifs fixés. Soulignons que dans le cas du FO, conformément au principe d'intégration du projet au sein du fonctionnement habituel des FOSA, peu de nouveaux postes ont été créés au niveau administratif (hors services médicaux). En fait, il n'en existe qu'un, celui du poste de **gestionnaire** du FO qui assure la gestion financière des fonds et l'approvisionnement en médicaments. Quelques postes de laborantins et de sages-femmes ont été créées pour répondre aux besoins du FO, mais dans l'ensemble, l'essentiel de ces postes existaient auparavant. Les gestionnaires du FO, choisis au début parmi la société civile, étaient mal vus par le personnel du MS. Et on tend à leur substituer des personnels du MS. Dans ce cas, ils ont une bonne intégration institutionnelle dans le système de santé puisque leur poste est implanté au niveau Wilaya auprès de la DRAS. Ils sont relativement bien acceptés au niveau des hôpitaux, probablement en raison de la proximité ou simplement des efforts consentis de part et d'autre. Ainsi, à l'hôpital et au centre de santé d'Aleg, la collaboration semble bien marcher entre gestionnaire FO et agents de santé. C'est dans les centres de santé éloignés des bureaux des gestionnaires FO que les relations sont de moindre qualité. Comme le souligne une sage-femme à Magta Lahjar, *« il y a manque de coordination avec le médecin-chef et le gestionnaire du FO »* [*Fiche2-RI*]. L'intégration est moins évidente dans ces conditions, d'autant que le gestionnaire est perçu comme *« un personnel externe payé sur un pourcentage des recettes »* (Agent de santé, Magta Lehjar_*Fiche5-ZA*). Par contre il y a des frustrations à Nouakchott car un seul gestionnaire basé à Sebkha gère l'ensemble des CS et les autres médecins-chefs n'ont pas de prise sur lui. Un médecin-chef s'indigner du fait qu'il ne soit qu'un « simple collecteur d'argent » pour le gestionnaire du FO.

Avec la mise en place du FO, des sages-femmes et des médecins ont été formées à l'échographie et des FOSA ont été dotées de l'appareil. On ne peut pas dire que cela ait entraîné la création d'un nouveau poste, car l'activité n'est pas nouvelle. Mais on note que nombre de FOSA qui ont adhéré au FO n'offraient pas cet examen auparavant.

De nouveaux outils de gestion ont été introduits et les agents de santé sont amenés à effectuer de nouvelles tâches telles que la gestion et l'utilisation des nouveaux supports. Pour ce qui concerne le FO, les supports qui lui sont liés sont nombreux comme mentionné dans le guide de fonctionnement : dossier d'accouchement, carnet de santé, fiche de référence, registre des recettes, carnet de reçu, registre d'échographie, registre de médicaments, registre de laboratoire, fiches de

recueil des données d'activité, fiches de livraison des médicaments, fiches IGN (indicateurs généraux normalisés en santé maternelle, fiche de contrat de référence forfait Moughataa/forfait Wilaya, livre de compte. La liste est longue, mais seuls certains de ces supports sont dans chacun des postes de SMN. Par exemple, seuls le dossier d'accouchement et la fiche de référence sont utilisés par les sages-femmes assurant ce service même si elles utilisent également des supports standards du SNIS (registre de consultation prénatale et postnatale, registre d'accouchement, registre des urgences et hospitalisations, registre des décès maternel). Ce ne sont donc pas ces nouvelles tâches qui induisent une surcharge de travail telle que perçue par les agents, mais plutôt l'affluence des usagères adhérentes au FO qui entraîne un accroissement des activités.

Les dotations en matériels et équipements au niveau de tous les services concernés et la dotation de médicaments constituent d'autres changements notables. Il est prévu que ces dotations fassent parties de la mise en place du FO, qui prévoit aussi une augmentation de l'effectif du personnel. Les agents de santé des FOSA visitées confirment avoir reçu ces dotations. Ainsi à Aleg :

> *« Il y a eu un grand changement, même le suivi et l'enregistrement des données sur les registres, disponibilités des médicaments, facilité de prise en charge des urgences obstétricales, banque de sang, formation du personnel et parfois la présence des spécialistes (gynécologue et pédiatre). » [Acteur du FO, Aleg _ Fiche4-AH04]*

> *« Au début il y a eu un grand changement, (…) il y a eu la formation du personnel, l'arrivée d'un échographe et l'ouverture d'un laboratoire. Il y a eu l'affectation d'un gynécologue, la construction d'une nouvelle maternité, l'augmentation du personnel et des prestations de services. Il y a tout le matériel nécessaire (appareils) on fait un inventaire chaque fin du mois et on renouvelle le stock (consommables et réactifs) avec le gestionnaire FO et nos machines n'ont pas de problème. »* [Laborantin, CS _ *Fiche10-AEH*]

A Magta Lahjar :

> *« Le changement que j'ai remarqué au début de la mise en place du FO, on a reçu en équipement qui nous a rendu un très grand service : une échographie pour faire une meilleur diagnostic et pour prendre une décision rapide et une bonne prise en charge pour la femme enceinte, une ambulance ce qui nous a servi beaucoup encore pour les évacuations qui se font sur le compte des femmes enceintes et avec cette ambulance on peut éviter des décès maternels. » [Sage-femme, CS _ Fiche6-RM]*

> *« Personnellement, j'ai pas connu des changements au niveau de mon poste, mais il y avait des équipements qui viennent avec le FO, comme l'écho, l'ambulance, le laboratoire, une climatisation pour la salle de maternité et un frigo pour la pharmacie. Je pense que c'est déjà une bonne chose. »* [Accoucheuse auxiliaire, CS _ *Fiche8-RI*]

Toutefois ces dotations en matériels et équipements ne sont pas renouvelés. Ainsi des FOSA qui ont même des adhérentes relativement récentes se retrouvent dans le dénuement au bout de quelques années de fonctionnement. C'est le cas du CS de Ryad après 5 ans d'adhésion au FO. Bien que le manque de matériels soit récurrent dans les FOSA en général, le cas de Ryad est assez grave selon nos observations :

> *Il y a vraiment un manque de matériels : pas de stéthoscopes obstétrical pour contrôler les bruits du cœur fœtal pas de CM ruban pour voir l'âge de la grossesse pour les grossesses gémellaires et les présentations siège. Il n'y a pas de produits d'entretien et pas d'antiseptique, la toilette des femmes est faite à l'aide de l'eau du robinet. J'ai posé la question à la sage-femme de garde : au moment où vous auriez deux épisiotomies en même temps et vous n'avez qu'une seule paire de ciseaux qu'est-ce que vous ferez ? Question sans réponse… [Observation4-MD]*

C'est le même problème avec les équipements dont la plupart sont en état de délabrement.

> *Dès que sa consultation est terminée et au moment de descendre du lit d'examen, celui-ci s'est cassé en deux parties et heureusement elle (la patiente) a eu la chance d'échapper à ça.* [Observation5-FML]

Lors de la mise en place du FO, les agents de santé reçoivent une formation sur le fonctionnement du Fo suivie d'un recyclage en SR concernant généralement les SONU et SONE, la planification familiale, les soins aux nouveau-nés. Une soignante témoigne des compétences qu'elle a acquis grâce à ces formations :

> *« J'ai eu la formation sur la sensibilisation de la population sur le FO, la formation en SONU et la formation sur la prise en charge du nouveau-né. Maintenant je peux prendre en charge l'accouchement, la gestion de la troisième phase du travail, je sais comment réanimer un bébé s'il a besoin d'aspiration. » [Accoucheuse auxiliaire, CS_Fiche11-AEH)*

Toutes les catégories professionnelles sont concernées par ce recyclage, y compris les laborantins qui disent avoir pu améliorer leur connaissance. En général, ils n'ont pas eu difficultés dans l'application des connaissances puisque la mise du FO comprend également une dotation en matériels et équipements. Toutefois comme précédemment souligné, ces équipements ne sont pas toujours renouvelés, ce qui entrave parfois l'application des connaissances. Certaines séances de recyclage deviennent pour certains agents des formations initiales telles que celles portant sur l'AMIU, la PTME, l'utilisation de la ventouse et des forceps, et sur l'échographie. Il faut noter que la pratique de l'échographie tant à devenir courante dans le travail des prestataires qui réclament souvent d'y être formés. Ce fort besoins en formation est illustré dans les souhaits de cette sage-femme :

Toutes les catégories professionnelles sont concernées par ce recyclage, y compris les laborantins qui disent avoir pu améliorer leur connaissance. En général, ils n'ont pas eu difficultés dans l'application des connaissances puisque la mise du FO comprend également une dotation en matériels et équipements. Toutefois comme précédemment souligné, ces équipements ne sont pas toujours renouvelés, ce qui entrave parfois l'application des connaissances. Certaines séances de recyclage deviennent pour certains agents des formations initiales telles que celles portant sur l'AMIU, la PTME, l'utilisation de la ventouse et des forceps, et sur l'échographie. Il faut noter que la pratique de l'échographie tant à devenir courante dans le travail des prestataires qui réclament souvent d'y être formés. Ce fort besoins en formation est illustré dans les souhaits de cette sage-femme :

> *« J'ai fait une formation en sur l'échographie mais c'était insuffisant, je veux en recevoir une autre. Je veux aussi une formation sur l'extraction manuelle avec le forceps et la ventouse, l'aspiration du nouveau-né. » [Sa-femme responsable, CS_F15TF15]*

Une sage-femme nous affirme n'avoir pas hésité à se former par ses propres moyens plutôt que d'attendre la programmation nationale. Au centre de santé de Sebkha, la formation de toutes les sages-femmes est demandée par le médecin-chef, celles qui ont été formées sont proches de la retraite. Les nouvelles sages-femmes n'ont pas encore bénéficié de formation.

De l'avis des agents de santé où le FO est ancien, les primes qu'ils recevaient au début de la mise en place étaient satisfaisantes et même assez élevées. Ainsi à Arafat selon les soignantes interrogées, le montant des primes mensuelles pouvaient provenant du FO pouvaient atteindre 11 000 à 15 000UMA pour les sages-femmes et 7 000UMA pour les accoucheuses auxiliaires. A présent, elles sont jugées irrégulières (parfois retard de quatre mois) et très insuffisantes car « c'est même pas un dîner pour moi » (notes de terrain) nous dis une sage-femme responsable, « les motivations sont médiocres par rapport à notre travail » affirme une autre (Fiche6-RM). Selon un laborantin, les

primes devraient être revues à la hausse puisque selon lui « le travail a doublé » (Fiche1-RM). Du point de vue d'un médecin-chef, le problème des primes est surtout dans le partage entre les agents de santé, car « tout le personnel est impliqué et la part de chacun lui revient faible, on partage en moyenne 20 000 UMA par mois » (Fiche5-ZA)

L'adhésion au FO.

Voyons à présent comment les services sont délivrés aux femmes dans les FOSA qui ont adhéré au FO. Et pour commencer, intéressons-nous au moment de l'adhésion au FO.

Lors de sa première visite, il est proposé à la femme le choix de payer à l'acte ou d'adhérer au FO. Toutefois, il semble qu'à Ryad, par exemple, les femmes soient obligées d'adhérer, un agent nous expliquant *« c'est pas notre faute, c'est le service de la PMI qui est responsable de ça »* (agent de santé, Ryad _ *Fiche37-MD*). (On rappelle que le montant à payer est de 6 500 UM à Nouakchott et 5 500 UM dans les autres Wilayas.) Il est donné à la femme la possibilité de payer en deux tranches (soit en région : 3000MRO/2500MRO). Au-delà de six mois il est impossible d'adhérer selon les directives du PNSR. Tout comme il est demandé à la femme de payer l'intégralité du montant avant toute intervention chirurgicale ou toute hospitalisation liée à la grossesse (*cf.* Guide du forfait).

Le FO prévoit 4 CPN qui sont fournies gratuitement à la femme FO. Selon les agents de santé, le FO a eu comme effet une augmentation de l'utilisation des services CPN : les femmes font généralement les 4 CPN. Une sage-femme nous informe que son centre fait actuellement 300 consultations par mois. L'affluence est telle que les femmes doivent se positionner un jour à l'avance pour accéder aux CPN comme en témoigne cette observation :

> *Au moment de la prière au crépuscule on est sorties dehors pour se préparer ; j'ai constaté que les femmes ont déjà commencé leur rang de la visite prénatale de demain et l'infirmière ramasse des briques pour garder le rang à certaines femmes*. [Observation2-ZAM]

L'observation d'une séance de CPN est proposée ici pour illustrer le déroulement de cette activité :

> *10h30, arrivée dans la salle de consultation il y a avait la sage-femme et la bénévole qui fait entrer les femmes en consultation par ordre et à l'aide des numéros. Ces femmes ont déjà bénéficié de la prise de tension artérielle mentionnée sur le ticket. Dans la salle il y a le bureau de la sage-femme sur lequel est déposé un pot de café et un morceau de pain, un tensiomètre obstétrical, un CM ruban, et le registre et le carnet reçu FO. Un lit d'examen en très mauvais état qui va se casser 10 minutes après et se décomposer en morceaux, un isoloir. A la 1ère femme consultée elle a demandé si elle a du fer ou pas, ensuite la soignante a passé à la vaccination et sur l'une d'elles elle fait le VAT. Durant cette consultation il y avait des interruptions à chaque fois dues aux appels téléphoniques. La deuxième patiente a une grossesse de 7 mois et vient d'arriver pour adhérer (au forfait). On lui a coupé un carnet et on lui a fait l'interrogatoire, l'examen obstétrical, puis lui a demandé de faire les examens complémentaires tel que les analyses et l'écho. En lui expliquant qu'elle doit payer au labo. Concernant l'écho elle lui a dit d'attendre le deuxième contact après un mois et prescrit du fer ; Elle lui a crié dessus puisqu'elle a tardé à venir adhérer mais finalement elle a eu la chance d'adhérer*. [Observation-FML]

Cette observation révèle que la consigne de ne plus accepter une adhésion au de-là du 6ème mois de grossesse n'est pas suivie rigoureusement par les agents. Durant les CPN, les femmes reçoivent généralement du fer et elles reçoivent un reçu/bon pour faire l'examen d'échographie et les examens de laboratoire. La mise en place de ces deux services a beaucoup amélioré l'accès aux soins pour les centres de santé qui n'en disposaient pas, évitant ainsi des déplacements coûteux aux femmes sur les hôpitaux. Pour ce qui concerne l'échographie, les femmes viennent aux rendez-vous lorsqu'elles ont fini de payer l'intégralité du forfait. Mais il faut souligner que son accès n'est pas aisé

compte tenu des longues heures d'attente de la sage-femme chargée de la faire. Celle-ci est souvent la seule formée en plus du médecin, et elle peut être absente durant des jours ce qui fait que dans ce cas le service reste fermé jusqu'à son retour. La première échographie est généralement gratuite, même si certaines femmes se retrouvent à la payer, mais une deuxième échographie est toujours payante. Par ailleurs, on note une prescription abusive de l'échographie comme examen de confirmation de la grossesse, c'est le cas d'une femme qui l'a payée à 2 500 MO[18] (Fiche8-AEH). Quant aux examens de laboratoire, ceux qui sont couverts par le forfait sont insuffisants de l'avis des prestataires. Officiellement, les examens couverts sont : le groupe sanguin, l'albuminurie et la glycosurie. Mais dans les faits, nous observons une variation d'une FOSA à l'autre. Car dans certaines FOSA, le service au laboratoire se limite à un examen sanguin sur le groupage et le rhésus, tout le reste devant être payé par les femmes adhérentes. Le coût de ces examens payants peut s'élever à plus de 4500 MO. Les agents déplorent le fait que le dépistage du VIH et les NFS ne soient pas compris dans le FO. Les personnels hésitent à prescrire des bilans biologiques complets aux femmes FO car ils savent que cela sera payant et ils craignent la colère des familles. Il faut signaler ici que certaines ONG prennent en charge le dépistage du VIH et la prise en charge de la PTME.

L'accouchement.

Tout accouchement est pris en charge par le FO, lorsque la parturiente est adhérente. La plupart du temps, tout se passe bien lorsqu'il n'y a pas de complication et même si le matériel n'est pas complet pour surveiller les bruits cardiaques fœtaux et que le partographe (uniquement en français donc difficile à utiliser pour les agents de santé qui ne maîtrisent pas cette langue) est mal administré puisque fondé uniquement sur l'interrogatoire.

> *Entre 21h et 00H, nous avons reçu 5 femmes qui ont accouché par voie normale dont une femme non FO. Quand les femmes arrivent, l'une des accoucheuses prend le carnet et le remet à la sage-femme responsable. Cette dernière vérifie le carnet et fait le partographe. L'accoucheuse consulte la femme pour voir l'avancée du bébé et la présentation (céphalique, siège…) qu'elle dit à la sage-femme responsable qui note sur le carnet et la partographe. Elle fait une ordonnance de G5% + intranule + perfuseur + Synto 5UI et la donne aux accompagnants parce que le stock des médicaments de garde est fini depuis ce matin et aussi elle préfère garder le peu de médicaments pour les femmes FO qui viendront dans l'autre moitié de la nuit (la pharmacie en face de maternité ferme à partir de 00H pour cause d'insécurité). L'accoucheuse auxiliaire demande à la femme d'aller faire les cent pas dans le couloir et quand elle ne pourra plus supporter les douleurs elle reviendra. Et c'est ainsi jusqu'à à la naissance du bébé (même procédure pour toutes les femmes FO ou non FO). Dès que la femme accouche, l'accoucheuse dicte l'heure, le sexe de l'enfant à la sage-femme de garde qui fait un autre carnet bleu pour le suivi et la vaccination du bébé plus une ordonnance (genta collyre + vitamine K). Pendant ce temps l'accoucheuse auxiliaire fait la délivrance, prépare et installe la femme en salle d'hospitalisation. Entre 00 H et 02 H du matin la garde était calme nous avons pu enfin prendre le diner et se reposer un peu. A partir de 02 h jusqu'à 6 h nous avons reçu 07 femmes FO, c'est la même procédure que les femmes venues de 21 h à 00 h mais la seule différence est que ces femmes-là n'ont pas payé d'ordonnance.* [Observation2-RB]

Mais parfois, les choses peuvent se passer autrement, avec des rapports conflictuels entre les agents de santé et les femmes et leurs accompagnants. Ces situations arrivent le plus souvent quand il est demandé aux femmes de payer un acte, une ordonnance. En effet, certaines accoucheuses auxiliaires et sages-femmes prennent indument de l'argent aux femmes sous forfait après un

[18] Le coût de l'échographie est variable, dans certaines FOSA la femme paie moins, 2 000 MO.

accouchement normal, 4000 UM, cherchant ainsi à leur faire payer cet acte. Certaines femmes acceptent tandis que d'autres refusent de payer. Certains observateurs ont parlé de « racket » car aucun texte ne justifie cette demande.

> *A 21 h, une patiente est venue pour accoucher et elle est adhérente au service et l'accoucheuse s'est occupée de son accouchement. La femme a dépensé 1000 UM pour les médicaments. Lorsqu'on lui a demandé de donner 4000 UM pour l'accouchement, elle a refusé en disant qu'elle est inscrite au forfait et elle a quitté sans pour autant le donner, on lui a remis son carnet de visites sans problèmes*. [Observation2-ZAM]

Si le paiement des actes couverts par le FO n'est pas justifié aux yeux même de la majorité des prestataires, les ordonnances quant à elles prennent légitimement leur place, selon eux, du fait des ruptures fréquentes sur lesquelles ils n'ont aucune maitrise. Les médicaments qui sont souvent en rupture sont les antihypertenseurs et les antihémorragiques qui peuvent disparaître de la pharmacie durant 2 semaines à 3 mois. Cela peut concerner tous les médicaments, pour toutes les deux options (forfait et paiement à l'acte).

Parfois ce sont le Syntocinon®, les gants et autres consommables qui doivent être payés par les femmes lorsque ceux-ci sont en rupture. Mais une rupture au niveau de la pharmacie FO ne signifie pas toujours une rupture parallèle des médicaments du recouvrement des coûts (RC). Par exemple, contrairement à la pharmacie du RC, celle du FO connaît des ruptures récurrentes. Un agent du centre de santé de Sebkha nous explique :

> *« Les médicaments RC sont toujours disponibles parce que c'est un système achat-vente. Nous utilisons l'argent de la vente pour faire des commandes et toute la procédure est gérée par l'agent responsable des médicaments. Les médicaments du FO sont toujours insuffisants et en rupture parce que la procédure est longue et nous n'avons pas de réponses immédiates. Au début du FO, nous envoyons une demande d'approvisionnement en médicament FO au dépôt régional qui fait le transfert au CAMEC et nous sommes ensuite livrés. Maintenant nous envoyons la demande d'approvisionnement directement au CAMEC et à la livraison soit, les médicaments sont insuffisants ou la CAMEC n'a pas certains médicaments*. [Agent de santé, CS _ *Fiche29-RB*]

Ainsi la CAMEC ne peut donner que ce dont elle dispose connaissant elle-même des problèmes structurels liés aux ressources humaines, mais aussi au niveau des commandes au niveau international, la gestion des produits et leur distribution au niveau des dépôts régionaux. A Ryad, la situation est la même, dans le local réservé à la pharmacie, la différence est frappante entre la partie réservée au RC et celle réservée au FO (voir photos). Nous avons observé le même problème à Arafat aussi. Dans ces conditions, le recours aux grossistes privés n'est pas rare.

Figure 1 : Le contraste entre la pharmacie du recouvrement des couts (à gauche) et celle du FO (à droite) (crédit photos Aïssa Diarra)

Si les agents reconnaissent que le problème est lié à la CAMEC et à la lourdeur des procédures, certains ont de lourds soupçons sur la gestion de ces médicaments au niveau des gestionnaires du FO. Une sage-femme d'un centre de santé de Nouakchott nous dit lors d'un entretien informel : *« à la fin du mois, l'argent a été utilisé pour autre chose, je ne sais pas à quel niveau »* (sage-femme, centre de santé). L'hôpital d'Aleg aussi a connu de mauvaises gestion de médicaments, mais seulement au début du FO nous dit-on. Les produits étaient abusivement prescrits par les agents, la solution proposée a été de constituer des kits. Une autre solution a été de recruter deux personnes pour la gestion des médicaments, l'une pour le FO et l'autre pour le RC. Ces pratiques de gestion auraient permis de baisser dans certains cas la fréquence des ruptures qui ne dépendraient désormais que de la CAMEC : *« Il n y a pas de rupture de médicament du FO, aucun ! Mais il y a des ruptures si seulement il y a une rupture au niveau central et cela n'a jamais fait un mois. »* [Agent responsable des médicaments, hôpital _ *Fiche4-AEH*]. Autre pratique d'adaptation pragmatique observée au centre de santé d'Arafat, le gérant de la pharmacie affirme prendre l'initiative de se servir des recettes du FO pour faire l'approvisionnement en médicaments en cas de rupture avant le passage du gestionnaire à qui il fait le point lors du bilan.

Dans tous les cas, les agents sont dépassés par les conséquences des mauvaises pratiques (« rackets ») qui dominent les conduites de certains, particulièrement à Ryad, et du manque d'explication aux usagères sur le périmètre réel des services gratuits avec le forfait (en fonction notamment de la disponibilité des médicaments). Cela s'observe dans leur interaction avec les usagères qui n'hésitent pas à se plaindre et à demander des comptes, comme évoqué plus haut. Certaines prestataires nous confient leur sentiment de peur à l'admission d'une femme sous forfait, car elles craignent de subir des insultes et même des agressions physiques comme cela nous a été rapporté. Elles reconnaissent que les usagères ont été trahies par rapport à ce qui leur a été promis lors des sensibilisations et souhaitent que les messages soient fidèles aux conditions réelles de mise en œuvre du FO. Mais elles trouvent que certaines usagères abusent des bénéfices du forfait réclamant même du lait et des vêtements pour leurs nouveau-nés, ce qui est évidemment hors des services du forfait. Des problèmes surgissent du côté des femmes non adhérentes aussi, qui ne veulent pas payer les prestations puisqu'elles voient que d'autres ne paient pas :

> *« Il n'y a pas de différence sur le plan du travail, mais parfois, il vient chez nous deux femmes, l'une FO et l'autre non FO, en demandant à celle qui n'est pas forfaitaire de payer 2oooum pour la charge de lit, et c'est le problème, elle réclame en jurant que c'est injuste, ce qui nous fait perdre du temps en lui expliquant, que c'est un service qui s'appelle "forfait"»* [Sage-femme, CS _ Fiche15-RI]

Ces observations s'expliquent par une insuffisance de communication sur le forfait.

En principe, les **évacuations obstétricales** ne sont pas payantes pour les femmes FO. Dans l'une des FOSA visitées elle est aussi gratuite pour les femmes non-adhérentes, les frais étant prélevés sur les fonds FO. Toutefois, la fiche de référence est toujours requise pour que les femmes puissent bénéficier de cette gratuité. Mais cette prise en charge a des limites lorsque la structure de référence décide d'évacuer à son tour la parturiente sur un autre hôpital : les femmes paient alors les frais liées à cette évacuation supplémentaire non prévue par la famille, celle-ci devant ainsi faire face à des dépenses catastrophiques. C'est ce que nous avons observé à Maghta Lahjar lorsqu'une patiente a une telle trajectoire d'évacuations successives, Boutilimit puis Nouakchott, et qu'il n'existe pas de contrat entre les structures de première et deuxième référence.

La césarienne est en principe gratuite pour les femmes adhérentes. C'est la raison principale pour laquelle nombre d'entre elles adhèrent au forfait à cause de son coût élevé (20 000 UM). En revanche, il faut noter que les frais supplémentaires d'hospitalisation peuvent être importants, sans compter le paiement éventuel de certains médicaments, si bien que *« dans ce cas les femmes paient*

des frais si énormes qu'elles oublient même que la césarienne a été prise en charge » [agent de santé _ Fiche5-ZA]

Ainsi, un agent du centre de santé de Magta Lahjar estime le montant de ces frais parallèles à 20 000 MRO pour la césarienne d'une patiente qu'il avait accompagné à Boutilimit, sans compter d'autres dépenses dans les conditions particulières des parcours à évacuations multiples :

> *« Cette année j'ai accompagné une patiente évacuée qui avait une éclampsie. Dès qu'on a voulu partir, il y eu une crevaison du pneu de l'ambulance. Le gestionnaire du FO nous a donné 10 000 MRO pour louer une voiture pour partir à Aleg. Arrivé à Aleg il n'y avait pas de gynécologue et le gestionnaire du FO d'Aleg nous a donné 18 000 MRO pour payer la césarienne à Boutilimit, et on du partir sur les frais de la femme malade. Arrivée à Boutilimit la malade à payé presque 20 000 MRO pour les médicaments et l'hospitalisation et on ne l'a remboursé »* [Agent de santé, CS_Fiche7-RM]

Les consultations post-natales. Elles sont proposées aux femmes une semaine après l'accouchement. Cette activité se résume le plus souvent à une séance de vaccination, sans examen de la nouvelle accouchée ni proposition de méthode contraceptives. C'est ce qu'illustre cette observation d'une CPON à minima :

> *Bureau de CPN et CPON. Il y a quatre ou cinq personnes : deux sages-femmes, deux accoucheuses, une bénévole et la patiente. Le bureau est très étroit et chaud et la consultation est faite d'une rapidité incroyable. La CPON est faite aux femmes qui sont venues pour le BCG aux enfants, on leur dit de partir pour prendre des numéros et là on profite pour prendre la Tension Artérielle de la femme, jeter un coup d'œil sur son enfant et l'enregistrer comme CPON. Elles ont fait 20 CPN et 10 CPON en 2 heures de temps. Les médicaments et les moustiquaires sont distribués aux femmes de façon très claire et sont bien gérés à ce niveau.* (Observation1-AEH)

La séance de CPON suivante est plus proche des normes techniques, mais cela reste une exception :

> *« La femme est arrivée dans le service à 08h30 pour faire sa consultation post-natale. Elle a trouvé l'accoucheuse auxiliaire en train de faire une consultation d'urgence. Elle était en attente et la bénévole était en train de nettoyer la salle. Quelques minutes après, 8 autres femmes qui étaient convoquées pour la séance d'éducation sur le forfait et l'hygiène assainissement sont venues et la femme a préféré assister à la séance jusqu'à la fin. Il était 10h20 lorsqu'elle est allée rejoindre l'accoucheuse auxiliaire dans son bureau. Elle lui a demandé le jour de son accouchement et la femme lui a dit que c'est le 15ème jour. Et l'accoucheuse lui a dit pourquoi tu n'es pas venue le 8eme jour, elle a dit qu'elle avait oublié. Après elle a dit à la bénévole de venir l'examiner, celle-ci lui a pris les constantes et lui a fait l'examen gynécologique tandis que l'accoucheuse était assise sur son bureau en train d'enregistrer les résultats qu'a trouvé la bénévole. Et elle lui a donné du fer. Pour le nouveau-né, elle l'a examiné et son état était normal. Après, l'accoucheuse lui a dit de revenir le 45ème jour pour la 2ème dose de vaccin du bébé et de sa dernière consultation post-natale. »*

On a aussi entendu dire que le papier à obtenir pour l'Etat-Civil était payant…(Une sage-femme du Gorgol)

En attendant le FO : le cas de Mounguel

Il y a de cela un an, le centre de santé de Mounguel a connu un grand changement d'un point de vue architectural et concernant sa dotation en équipement et matériels. Constitué auparavant de seulement deux pièces (les malades étaient hospitalisés à l'extérieur sous la véranda en plein air), il a été réhabilité et compte à présent plus de pièces. Il a même été doté d'une ambulance, ce qui a

beaucoup amélioré les conditions d'évacuation des patients. Les agents de santé ont entendu d'abord des rumeurs sur le FO avant de recevoir une information officielle de la part du médecin-chef. Le personnel de santé a reçu une formation sur le FO. Toutefois cette formation n'a pas été bien assimilée si on se réfère aux propos d'un agent de santé :

> *« J'ai reçu une formation dans le cadre du FO. Mais je n'ai pas compris la formation, car on nous a formés sur des ordinateurs et j'avais du mal à comprendre »* [Infirmière/accoucheuse auxiliaire, CS _ *FicheTFJ202*]

Certains agents affirment avoir reçu plus d'informations avec des patientes sous forfait ailleurs qu'avec la formation.

Bien que le centre n'ait pas encore fait la mise en place du FO, les agents de santé expriment déjà leurs craintes. L'une des craintes est liée à la pauvreté des femmes dont la majorité ne pourrait pas adhérer au FO :

> *« Ce qu'on pense du forfait, c'est que le forfait ne nous arrange pas, car les femmes n'ont même pas la possibilité d'acheter leurs médicaments, ni de faire leur bilan demandé. Les moyens ne sont pas réunis. » [Agent de santé, CS_F2TFJ202]*

Une autre crainte est celle de ne pouvoir offrir les services tels que prévus par le système du FO, notamment l'obligation de prescrire les médicaments aux adhérentes. Cette crainte est justifiée par les plaintes qu'ils entendent de la part des femmes sous FO concernant les promesses non tenues. Les femmes adhérentes au niveau des CS couverts se plaignent souvent de cette situation lors de leurs visite au centre de Moungel :

> *« Il existe une différence entre ce qu'on dit et ce qui se passe, parce qu'après avoir eu ma formation, je reçois des femmes forfaitaires qui viennent me voir en me disant qu'elles regrettent d'avoir adhéré au forfait par ce qu'il y a beaucoup d'ordonnances prescrites et d'autres examens demandés. » [Agent de santé, CS_F2TFJ202]*

Outre ces craintes, le personnel de santé est confronté aux plaintes des adhérentes du FO qui refusent de payer à l'acte les soins alors que le centre n'est pas encore sous FO, ce qui engendre parfois des interactions conflictuelles entre agents et usagères. L'une des solutions à ce problème selon une soignante serait de généraliser au plus vite le système à toutes les formations sanitaires :

> *« Quand les femmes viennent auprès de moi pour se plaindre, elles disent qu'elles font des dépenses supplémentaires après avoir adhéré au FO et en plus quand elles viennent me voir, on ne considère pas les carnets, car il n'y a pas de FO ici . Je pense que si le FO est reconnu partout et qu'il couvre tout, ça sera le meilleur. »*

Leurs craintes sont justifiées par les plaintes qu'ils entendent de la part des femmes sous FO concernant les promesses non tenues. Le centre semble avoir de bonne pratiques de gestion des médicaments, cependant le laborantin devrait bénéficier d'une formation complète pour améliorer ses compétences.

L'information sur la prochaine mise en place du FO et son fonctionnement est évidemment arrivée dans les populations de Mounguel à travers le personnel du centre de santé, mais aussi par le bouche-à-oreille provenant de Kaédi où le FO est déjà en place. Des femmes de Mounguel y font le suivi de leur grossesse, c'est dire que certaines d'entre elles sont déjà sous FO. Il faut remarquer que des femmes ne sont pas informées du forfait. Des perceptions existent déjà sur le FO au sein de la population. Certaines femmes l'apprécient en raison de la baisse des dépenses liées aux services de SMN. Tandis que d'autres évoquent de nombreux problèmes que nous présentons plus bas du point de vue des femmes.

5.2. Les mots des femmes

La sensibilisation sur le FO

Lors de la mise en place du FO, une campagne de sensibilisation est organisée dans la Moughataa au niveau des FOSA ainsi qu'en communauté. Cette campagne est organisée par les responsables de la DRAS et tous les agents de santé y participent. Comment concrètement cette sensibilisation de masse a pu être un élément moteur pour la diffusion de l'information auprès des femmes, et plus largement au sein des populations ? Comment celles-ci ont été informées sur le FO et à quelles occasions ?

Dans les FOSA sélectionnés où le FO est mis en œuvre, les femmes ont reçu l'information de trois manières[19] :

- Avec les agents de santé au sein des FOSA :

« Les renseignements sont affichés sur la porte et quand on vient on nous informe de ça. » [Femme FO _ Fiche1-MD]

« J'ai été informée par la sage-femme au moment de ma grossesse. » [Femme FO _ Fiche2-RB]

« Je ne connaissais pas l'existence de ce carnet jusqu'à mon accouchement récent il y a quelques semaines et la sage-femme que j'ai trouvée m'a donné l'information. C'était au 5ème mois. Je n'avais aucune information concernant le carnet. » [Femme NFO _ Fiche7-RB]

- En communauté à l'occasion de la campagne de sensibilisation ou avec une personne de l'entourage.

« J'ai été informée pendant la sensibilisation qui était faite dans notre localité [Sawatta à 35 km de Malle]. Les agents de santé sont venus dans notre village pour faire la sensibilisation sur les avantages du suivi de la grossesse et l'accouchement assisté et ils ont parlés de ce carnet » [Femme FO _ Fiche2-AEH]

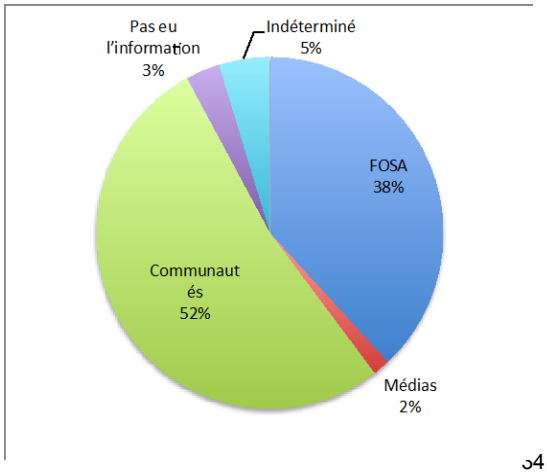
J'ai été informée par ma copine dans une cérémonie. Elle a été sensibilisée au cours du passage de la campagne de sensibilisation porte à porte, elle m'a dit qu'il y a un carnet pour les femmes enceintes au niveau du centre de santé qui offre des prestations aux femmes enceintes, malheureusement la sensibilisation n'est pas passée dans mon quartier. » [Femme FO _ Fiche12-RI]

« J'ai été informée par une équipe de sensibilisation qui est venue il y a des années et cette équipe nous a expliqué l'importance du suivi et les avantages du carnet. » [Femme NFO _ Fiche18-FMB]

- Par les médias :

« J'ai était informée par la radio et la télévision. J'ai encore entendu des femmes dans notre localité parler de ce carnet, depuis que je

Figure 2 : Distribution des modes d'information observés sur les 63 femmes de l'échantillon enquêté



[19] Il s'agit de la première qu'elles ont appris l'information.

commence d'avoir des enfants, je coupe le carnet pour toutes mes grossesses. » [Femme FO _ *Fiche16-FMB*]

Le graphique ci joint fait le point sur la répartition des trois modes d'accès à l'information du FO : Nous avons sélectionné 63 femmes à qui la question du mode d'accès à l'information a été clairement posée. Certaines de ces femmes ont été rencontrées au sein et aux alentours des formations sanitaires tandis que d'autres l'ont été à leurs domiciles parfois assez loin des formations sanitaires. Ces dernières ont pu être enrôlées grâce à une recherche active opéré par les enquêteurs/trices et leurs superviseurs. Cette note de terrain montre concrètement cette démarche.

Notre enquête a débuté par des interviews avec le laborantin et le gestionnaire du forfait qui nous ont facilité l'accès aux données. Puis, on a commencé par les femmes forfaitaires et non forfaitaires qu'on a trouvé dans le rang de la CPN, les sages-femmes de la CPN nous ont facilité le processus. Ensuite, on a entamé les entretiens avec tous les agents de santé visés, puis le gardien, l'ambulancier et la fille de salle. Dès qu'on a pu terminer l'enquête des femmes FO et non FO et tous les agents de santé, on est parti enquêter les responsables communautaires. Enfin, on a eu des difficultés pour repérer une accoucheuse traditionnelle et les femmes enceintes qui n'ont jamais fréquenté les structures sanitaires. Après une très longue période de recherche, heureusement on a pu les repérer à l'aide du superviseur qui nous a aidé à les enquêter.

Il semble que l'information par campagne de sensibilisation, et particulièrement le bouche à oreille, aient mieux marché que les deux autres modes d'accès à l'information. Dans notre échantillon de 63 femmes, peu de femmes ont déclaré n'être pas au courant de l'existence du FO (2) du fait selon l'une d'elle de l'éloignement du village où elle habite. Les réponses de 3 femmes n'ont pas permis de savoir avec précision la source de l'information. Ces chiffres insuffisants au regards de la taille de l'échantillon sont à prendre avec précaution car leur intervalle de confiance est large. Il sont indicatifs de la couverture très large des campagnes de sensibilisation aux niveaux communautaire et sanitaire (FOSA). Ce qui est bien compréhensible car les femmes en début de grossesse sont rapidement toutes connues dans une communauté.

Parmi celles qui ont reçu l'information en communauté, certaines disent l'avoir complétée avec les agents de santé dans les FOSA.

Maintenant voyons ce que les femmes retiennent de l'information reçue. Toutes les réponses recueillies montrent que les femmes ont une définition du FO proche de l'information officielle. Quelques extraits d'entretiens illustrent ce constat.

« C'est une prise en charge de la grossesse et de l'accouchement surtout les urgences comme la césarienne. Ils (agents de santé) ont parlés de ce carnet qui avec cette adhésion on peut avoir 4 CPN, une échographie, les analyses, les médicaments et après l'accouchement. J'étais informée sur le FO, et je cherche ses avantages, on m'a dit qu'avec ce carnet je peux suivre ma grossesse et couvrir les frais de mon accouchement.» [Femme FO _ Fiche2-AEH]

« Ça aide les femmes à poursuivre leur analyse est faire leur soins gratuitement ». [Femme qui n'utilise pas les services de santé _ Fiche32-AH]

« D'après mes filles, le forfait est un acte qui diminue les frais chez les femmes enceintes, c'est un carnet qui se coupe à 5500 UM y compris les CPN, les examens laboratoires, l'échographie, l'accouchement et la césarienne. » [Femme qui ne fréquente pas les services de santé _ Fiche11-TF]

« Le forfait est un carnet qui se coupe à 5500 UM dont les consultations prénatales, les médicaments, les examens laboratoires, l'échographie et l'accouchement/césarienne sont y compris. » [Femme NFO _ Fiche16-TF]

« J'ai entendu que le carnet diminue les frais de suivi de la grossesse comme par exemple l'accouchement, les médicaments, les analyses et l'échographie. » [Femme NFO _ Fiche27-FMB]

L'adhésion au FO, les perceptions des femmes

Plusieurs femmes nous ont affirmé avoir adhéré au forfait lors de leur première CPN. Certaines avaient déjà l'information et s'étaient donc munies de la somme requise (l'intégralité ou une partie). D'autres ont appris seulement une fois à la FOSA et elles ont quand même adhéré. Nous avons rencontré aussi des femmes qui ont reporté leur adhésion à la deuxième CPN parce qu'elles n'avaient pas la somme ou qu'elles devaient avoir l'aval de leur conjoint.

La décision d'adhérer est principalement liée à la perspective d'avoir moins de dépenses à honorer durant la grossesse et l'accouchement et de pouvoir bénéficier à moindre frais des examens de laboratoire, de l'échographie comme annoncé dans l'information sur le FO : « *j'ai pris la décision pour diminuer les charges pendant la grossesse, l'accouchement,* nous dit une femme. *Le FO est avantageux en comparaison aux autres femmes non adhérentes qui sont obligées de payer tous les services »*. Cette comparaison est généralement faite par des femmes sous FO qui n'avaient pas adhéré durant leurs grossesses précédentes. Le coût de la césarienne et des frais de transport constituent la principale raison d'adhérer au FO.

Les femmes adhèrent au FO également parce qu'elles espèrent avoir une prise en charge de meilleure qualité ; aussi disent-elles : *« je veux le traitement », « il est très important et nécessaire pour le suivi de la grossesse et l'accouchement », « j'ai adhéré parce qu'il y a tous les soins essentiels ».* L'adhésion est aussi motivée par des voyages fréquents d'un conjoint, ainsi le forfait permet de s'assurer un suivi obstétrical même en l'absence de celui-ci :

« Puisque les dépenses sont énormes, j'ai préféré couper le carnet en la présence de mon mari de crainte d'accoucher au moment où il est absent car il voyage fréquemment. » [Femme FO _ *Fiche38-MD*]

On connaît le rôle déterminant des personnes clés du groupe familial qui contribuent à l'accès aux services publics de santé des femmes et des enfants. Il s'agit généralement de maris qui assurent les dépenses de santé, dont les absences du fait de l'exode, particulièrement dans les zones rurales ont pour conséquence une baisse de l'utilisation des structures sanitaires par la famille. Le forfait apparaît donc comme une opportunité qui diminue ce risque de frein à l'accès aux soins maternels dans de telles situations. D'autres personnes clé non moins importantes participent aux dépenses et de fait à la décision d'adhérer au FO. Ainsi, de la mère, du père ou du frère :

« C'est mon mari qui me donne l'argent pour couper le carnet et faire mes analyses et mon transport mais à mon accouchement c'est mon père qui m'accompagne et qui paye le reste. » [Femme FO _ Fiche1-AEH]

« C'est mon mari et ma mère qui me donnent l'argent pour le suivi de ma grossesse. » [Femme FO _ *Fiche14-FMM*]

Parfois, une partie des frais est assurée par la femme elle-même lorsqu'elle s'adonne à de petits commerces dont les recettes servent à constituer une épargne en vue d'éventuelles dépenses catastrophiques.

L'adhésion au FO est confortée par les satisfactions que les femmes disent en tirer :

« Les avantages, c'est que je paye en une ou deux fois et je sais à l'avance ce que je dois payer et encore c'est pas trop cher. On peut avoir un accès aux soins et à moindre coût. Par exemple moi, j'ai été suivie, on m'a fait trois CPN et une échographie et à chaque fois on me donne du fer (…) et

aujourd'hui je n'ai rien payé à l'accouchement et on m'a donné des médicaments » (elle me montre ses médicaments : c'est de l'amoxicilline et du fer). [Femme FO _ Fiche2-AEH]

« Ma sœur m'a raconté l'histoire d'une femme forfaitaire qui était en travail depuis 9h du matin jusqu'à 17h du soir et finalement ils l'ont évacuée vers Aleg à 18h30. Arrivée là-bas elle a été césarisée et elle n'a rien payé du début à la fin parce qu'elle était forfaitaire. C'est vraiment avantageux. » [Femme FO _ *Fiche2-AA*]

En principe l'adhésion est un choix, aussi ce ne sont pas toutes les femmes qui sont sous FO. Plusieurs facteurs sont identifiés, qui expliquent la non adhésion au FO. On y retrouve les classiques causes d'inaccessibilité des services de santé, sans que l'approche qualitative ne permette d'en préciser la fréquence :

- On n'adhère pas parce qu'on n'a pas les moyens financiers.

« Je n'ai pas adhéré au FO parce que je ne peux pas réunir les 6500UM pour me procurer un carnet et que mon mari refuse de me donner quoique ce soit. » [Femme NFO _ Fiche19-RB]

« Je n'ai jamais suivi mes grossesses durant ma vie par ce que mon niveau de richesse m'empêche de suivre mes grossesses. Je n'ai pas d'argent pour payer le FO et 5 500 c'est difficile pour moi pour les trouver et je sais que le carnet est très important pour notre santé. La seule raison qui nous empêche d'adhérer au FO c'est la pauvreté. » [Femme ne fréquentant pas régulièrement les FOSA _ Fiche18-FMB]

« J'ai 7 enfants je n'ai jamais suivi de grossesse jusqu'à présent, donc pour quoi faire quelque chose que je n'ai pas les moyens de faire ? Je ne voulais pas de cette grossesse ; je prenais les produits contraceptifs, je venais au centre pour les prendre mais peut-être que je les ai oubliés. J'ai continué de les prendre jusqu'à ce que j'ai senti que je suis en état de grossesse j'ai arrêté de les prendre. » [Femme ne fréquentant pas régulièrement les FOSA _ Fiche22-AEH]

- On n'adhère pas parce qu'on n'a pas l'intégralité de montant du FO. A Ryad, comme marqué plus haut, l'adhésion est une obligation et le témoignage de cette femme montre que la facilité de payer en deux fois n'est nécessairement pas offerte. *:*

« Je n'ai pas adhéré parce que je n'ai pas tout le montant disponible car il vont me renvoyer si je n'ai pas le tout complet, donc j'ai préféré rester et ne pas couper car la fois dernière je n'avais que 5000 M et je n'ai pas pu avoir l'accès au FO. » [Femme ne fréquentant pas régulièrement les structures sanitaires _ Fiche33-MD]

- On n'adhère pas parce qu'on a les moyens de payer à l'acte.

« Mon mari ne veut pas ça, parce qu'il m'offre les moyens pour payer la CPN, examens, et médicaments, donc c'est inutile d'adhérer au FO. » [Femme NFO _ Fiche21-RM]

- On n'adhère pas parce qu'on n'a pas accès à l'information. Une de nos interlocutrices nous a fait part de l'enclavement de sa localité où les services de santé sont inexistants, mais aussi de son isolement social :

  « Non, je ne suis pas au courant du forfait, personne ne nous rend visite on est très loin, même pour les compagnes de vaccination, nos enfants n'ont pas été vaccinés. Je ne suis pas au courant du carnet FO, par ce que je suis seule avec ma mère, je ne peux pas la laisser seule. » [Femmes qui n'utilisent pas les services de santé _ *Fiche18-RM*]

- On n'adhère pas parce que l'agent de santé n'a pas été suffisamment vigilant pour enrôler la femme dans le circuit du FO au moment opportun :

  *« Je n'ai pas adhéré au FO, parce que dans la zone où j'habite (…) il y avait un infirmier qui m'a coupé un carnet à 500 UM, et je pensais que c'est le carnet FO, pour cela j'ai raté l'adhésion. Ce n'était pas une décision, plutôt une erreur commis par l'infirmier, qui m'empêche d'adhérer. » [*Femme NFO _ *Fiche16-RI*]

- On n'adhère pas parce qu'on est arrivé « trop tard ». C'est le cas par exemple de cette femme qui n'a pu adhérer en raison du stade avancé de sa grossesse. Elle n'avait pas l'information de cette limite. Suivons cette observation :

  Les sages-femmes ont commencé leurs travail (aucune sage-femme ou infirmière ne porte de blouse sauf l'infirmière de la pharmacie) et après quelques minutes j'ai vu une femme qui sortait de la salle et qui disait à sa mère que le carnet qu'elle avait n'est pas valable et qu'elles ont refusé de lui couper le carnet de 5500UM. Je suis venue lui demander si elle peut me raconter son histoire. Elle me dit : "j étais venue pour adhérer au FO, j'étais suivie à Nouakchott dans une clinique privée et le gynécologue m'a dit que je n'ai pas de problème et que je peux accoucher là où je veux. Comme mes parent sont à Magta Lahjar je suis venue depuis quelques jours et aujourd'hui je suis venue pour faire ma quatrième CPN mais elle m'a dit que ma grossesse est avancée et que je ne peux plus adhérer et elle m'a coupé une quittance a 500UM et la sage-femme m'a fait une CPN et m'a donné du fer et m'a dit que je dois payer une échographie a 2000UM. (Observation1-AH)

- On n'adhère pas parce qu'on ne croit pas en l'efficacité des services proposés, ou plus exactement de la médecine moderne et qu'on n'a pas l'habitude de fréquenter les structures sanitaires :

  « Je n'ai pas confiance aux médecins, c'est pour cela que je ne voulais pas adhérer. Je pense que le médecin moderne, c'est juste une perte d'argent, je suis contente du médecin traditionnel. Je suis habitué à faire l'accouchement chez moi et je resterai comme ça » [Femme qui n'utilise pas les FOSA _ *Fiche35-MM*]

- On n'adhère pas parce qu'on a appris que les promesses annoncées dans l'information ne sont pas tenues en intégralité :

  « Je n'ai pas adhéré parce que j'ai trouvé quelque femmes qui se plaignent de ça, elles disent que ce n'est pas rentable pour la femme enceinte, elles ont payé de l'argent avec le FO pour les analyses, les examens et les médicaments. Les sages-femmes ce qu'elles disent n'est pas vrai, concernant le FO. » [Femme NFO _ Fiche21-RM]

Parmi ces facteurs de non adhésion, il est important de noter ceux liés à l'offre de santé, c'est-à-dire le problème de l'information sur les modalités d'adhésion au FO. On constatera aussi que le FO n'est pas adapté aux femmes les plus pauvres en marge des services de santé du fait d'obstacles financiers ou géographiques. Il est à partir de ces observations par ailleurs évident que les fonds réservés pour la prise en charge des indigentes ne sont pas, ou très occasionnellement, mobilisés dans ces situations. Le cas du centre de santé de Ryad est à souligner ici : des règles restrictives instaurées dans ce centre et dont on ne connaît pas la provenance agissent comme un facteur répulsif dans l'adhésion au FO. Le dernier facteur annoncé, celui concernant les promesses non tenues du FO, domine les discours des femmes, même de celles qui en ont une appréciation positive. Cela inclut l'absence du personnel affecté qui a été rapportée dans d'autres témoignages. Cette notion de confiance trahie, et la façon dont le message se transmet par le bouche à oreille, constituent une

importante dimension systémique, dans la mesure où le développement et le maintien de la confiance constitue un des résultats clés à fournir par les systèmes de santé[20].

Les dépenses liées aux soins maternels et néonatals

Un problème d'ordre financier émerge dans l'expérience des femmes avec le FO. Il s'agit des dépenses supplémentaires que les femmes adhérentes au FO et leurs familles sont obligées de payer pour avoir accès aux soins, malgré le fait qu'elles sont adhérentes au FO. Ces dépenses concernent des médicaments prescrits par les agents de santé et la réalisation de certains examens de laboratoire :

> *Femme : « Pour moi la première fois que j'étais adhérente, j'ai payé 3000 UM au début et 2500 UM après et j'ai payé aussi 4500 UM pour les analyses.*
>
> *Mère de la femme : « Chaque fois on amène beaucoup d'argent et on retourne sans avoir aucun sous pour le taxi »*
>
> *Sœur de la femme : « Est-ce que tu sais où cet enfant est né ? A domicile ! »*
>
> *Femme: « J'avais un carnet et je suis venue pour accoucher ici à la maternité de l'hôpital. J'ai eu saignement aigu, elles m'ont demandé de payer 3000 UM pour les médicaments pour arrêter le saignement mais j'ai dit que je n'ai pas d'argent pour payer 3000 UM. Elles ont dit que si tu ne payes pas ces 3000 UM tu ne seras pas soignée chez nous. Elles m'ont laissée sans soins. Alors avons été obligés d'aller rechercher cette somme pour sauver ma vie. Après ça, j'ai décidé de ne pas venir à l'hôpital c'est pourquoi cet enfant est né à domicile. » [Femme NFO _ Fiche37-FMB]*
>
> *« J'ai payé en dehors du carnet forfait, un médicament (Spasfon® suppositoire), et des analyses (NFS, A-HBS, Glycémie). »* [Femme FO _ Fiche23-RM]

Ces témoignages montrent que les femmes adhérentes sont obligées de faire des dépenses pour des médicaments et des examens en dehors du contrat annoncé. En fait, seul le fer n'est pas payé par les femmes, et les autres médicaments sont en général source de dépenses additionnelles. Nous avons également appris que le fer distribué dans les FOSA était mal toléré par la plupart des femmes, et qu'elles finissent donc par l'acheter dans les pharmacies privées.

Les situations, parfois catastrophiques, les plus difficiles à gérer en dehors des dépenses supplémentaires de médicaments, sont les évacuations ou la référence faute de plateau technique au niveau de la FOSA, particulièrement en région. Par exemple à Aleg, des femmes sont parfois évacuées lorsque le gynécologue est absent. A Tembara, lorsque les femmes adhèrent au FO au niveau du poste de santé, elles sont obligées d'aller à Aleg (plus de deux heures de route) pour les examens de laboratoire et l'échographie ; certaines femmes préfèrent directement adhérer au niveau du centre de santé d'Aleg et y faire le suivi de leur grossesse. La recherche de véhicule reliant Tembara à Aleg demeure une difficulté considérable pour les familles d'autant plus que dans les conditions d'urgence le poste de santé ne dispose pas d'ambulance. Une enquêtée raconte :

> *« Une fois une femme a été évacuée et ses parents on fait presque 1h de temps de retard avant de trouver un véhicule et en cours de route à quelque 10km d'ici, elle a accouché. Ils l'on ramenée et heureusement elle et le bébé se portaient très bien parce qu'elle était accompagnée par un agent de santé. C'est ca l'inconvénient de ne pas avoir une ambulance au niveau du poste. »*

[20] Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. Soc Sci Med (2003) 56 : 1453-68

Par ailleurs l'oubli du carnet par la famille lorsque la femme est adhérente au FO expose au risque de payer le service à l'acte (*Fiche40-FMB*).

Certaines femmes assurent que malgré les frais supplémentaires, elles paient moins les soins que les non-adhérentes,… :

> *« Je pense adhérer. Il y a beaucoup d'avantages et j'ai peur d'avoir recours à la césarienne. Beaucoup de femmes sont césarisées ici et ce qu'elles payent ce n'est rien du tout par rapport à ce qu'elles doivent payer s'il n'y avait pas le FO.* » [Femme NFO _ *Fiche8-AEH*]

D'autres en revanche trouvent que dans les deux cas elles sont toujours confrontées à d'énormes dépenses :

> *« Avant cette grossesse, j'ai eu la chance de faire les deux expériences sans FO et avec FO et je sais que de toute façon il y a des dépenses pour les deux cas. » [Femme ne fréquentant pas régulièrement les FOSA _ Fiche33-MD]*

> *« La première fois que j'étais adhérente au FO je n'ai pas eu une échographie. J'ai acheté beaucoup des médicaments et j'ai payé 4500 UM pour les analyses. C'est la même chose que maintenant »* [Femme NFO _ Fiche38-FMB]

Les femmes qui n'utilisent pas régulièrement les FOSA sont relativement loin de ces dépenses de santé comme l'affirme cette femme en ces termes :

> *« La différence entre moi et celles qui vont dans les centre de santé, c'est que je les vois partir très tôt et ne revenir que vers midi et elles payent leur argent. Ici c'est le quartier des gens pauvres, on ne doit pas gaspiller notre argent.* » [Femme ne fréquentant pas régulièrement les FOSA _ *Fiche22-AEH*]

On peut les distinguer en deux catégories : celles qui ne font que le suivi de la grossesse et accouchent à domicile et celles qui, à l'inverse ne font pas de suivi et accouchent en FOSA. Les raisons de cette sous-fréquentation sont liées au coût des soins, aux mauvais accueil et mauvais traitements que les soignantes infligent aux parturientes. Ces traitements irrespectueux envers les femmes ont été largement documentés en socio-anthropologie de la santé dans les capitales ouest-africaines[21]. Le questionnaire semi-structuré ne comportait pas de questions spécifiques à l'accueil et aux mauvais traitements, et n'a donc pas accumulé des réponses nombreuses. Seules quelques femmes les ont mentionné spontanément. Nous avons pu relever lors de nos enquêtes la négligence comme type de traitements irrespectueux rapporté par certaines femmes

> *« Je suis venue pour la CPN, très tôt, je suis restée longtemps devant le bureau de la CPN, et j'avais des douleurs au dos. Ils m'ont appelée à rentrer, j'ai raconté à la sage-femme ce qui me fait mal. Elle m'a renvoyée à une autre sage-femme pour une consultation et l'autre m'a prescrit une ordonnance sans m'examiner. Je suis retournée à la première sage-femme pour lui montrer l'ordonnance, et lui dire que la sage-femme ne m'a pas examinée. Elle m'a dit que c'est bon, elle a regardé l'ordonnance, elle m'a dit qu'il faut prendre ce traitement. Elle me donne un médicament sans m'examiner. » [Femme FO_Fiche4-RI]*

Dans ces situations d'insatisfaction auprès des FOSA, les femmes font plus recours aux accoucheuses traditionnelles pour les accouchements et aux guérisseurs et marabouts pour les

[21] [Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P., 2003 (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest,* Paris, APAD-Karthala].

maladies qui surviennent pendant la grossesse, ou alors pour des problèmes de stérilité ou de contraception.

5.3. Le regard de la communauté

Les responsables communautaires ont en général une appréciation positive sur le bien-fondé du FO au regard des problèmes de santé ou d'accès aux soins que rencontrent les populations. L'idée de donner la possibilité aux femmes de payer en trois tranches a été proposée (Fiche-AEH).

Les chefs de ménage

Comme évoqué dans la section précédente, les maris interviennent souvent dans le processus de décision pour l'adhésion ou pas au FO. Leur implication dépend de l'information qu'ils ont eux-mêmes reçue. Il y a plus de chance qu'ils décident d'adhérer leurs femmes lorsque la source d'information est fiable, et non à partir de rumeurs.

> *« J'ai été informé par les sensibilisations et par les médias. Je me rappelle que lors du démarrage de ce carnet il y avait des équipes de sensibilisation qui faisaient le porte-à -porte. Lorsque j'ai été informé j'ai informé ma femme et je lui ai demandé d'adhérer au FO et c'était au début du forfait. C'est pour éviter le problème de la santé par ce que maintenant il y a beaucoup de problèmes de santé à cause de la mauvaise alimentation et de la sédentarisation et c'est une bonne chose pour toutes les femmes d'adhérer au FO. » [Chef de ménage_Fiche17-FMB]*

Si certains chefs de ménage, prennent la décision d'adhérer leurs femmes au FO, les encouragent à fréquenter les structures sanitaires et connaissent les coûts de différentes prestations, d'une manière générale, ils sont peu impliqués physiquement dans les parcours de santé de leurs femmes. En fait, la plupart n'intervient qu'au moment de l'accouchement. Il y a d'autres considérations comme les éventuelles complications ou les antécédents médicaux qui conduisent certains chefs de famille à abandonner le forfait comme l'illustre le témoignage qui suit :

> *« j'ai toujours adhéré mais cette fois-ci on ne pensait pas que la femme était en état, on pensait qu'elle avait des problèmes gynécologiques et on est partis voir un spécialiste pour une consultation et finalement la grossesse était confirmée, on a décidé de continuer avec le gynécologue. Certes, il y a moins de dépenses avec le FO malgré qu'il y a des dépenses supplémentaires imprévisibles, mais il y a aussi plus de considération des agents de santé car les femmes les fréquentaient plus souvent ». [Chef de ménage_Fiche26-MD]*

Les comités de santé

Les comités de santé sont peu impliqués dans le système du FO et ont en fait peu d'activités concernant les questions d'ordre sanitaire. L'extrait d'entretien montre leur faible implication, mais exprime aussi potentiellement le rôle important qu'ils pourraient jouer dans l'amélioration des services de santé :

> *« Lors de sa mise en place en ce temps j'étais infirmière au CS, gérante de la pharmacie. Je n'étais pas parmi les gens qui ont fait la sensibilisation. Je ne suis pas impliquée de la prise de décision ni en ce temps ni maintenant que je suis Présidente du comité de santé. Je ne suis pas impliquée dans le fonctionnement du FO. Il y a eu des changements positifs sur le plan pratique mais sur le plan payement la population continue à payer même avec le FO. Il y a encore l'absence du gynécologue qui pose un grand problème de santé pour la population et augmente les évacuations. Je pense que le FO est devenu seulement une surcharge pour la population. Je veux que le FO soit révisé et que la prise en charge soit comme ce qui a été dit. »* [Membre comité de santé _ *Fiche30-AEH*]

Les mairies

Les mairies interviennent dans les affaires de la santé à travers leur commission de santé et en étant impliqué dans le comité de gestion des FOSA. Les différentes commissions semblent très compartimentées, car seuls les agents municipaux sont impliqués dans la gestion sanitaire de la commune. Dans une commune, le Maire reconnaît qu'il n'a aucune information sur une éventuelle implication de la commune dans le FO. Mais il y a d'autres responsables municipaux qui souhaitent que la commune puisse jouer un rôle important dans mise en œuvre du FO, comme l'illustre ce témoignage :

> *« Je n'ai jamais participé à la sensibilisation sur le FO mais je suis convaincu de son importance. Il faut que la mairie s'implique d'avantage dans ce cas il faut mettre en place un dispositif qui comprend : le maire ou qui le représente , le Hakem ou qui le représente , un représentant de la société civile, une représentante des femmes à la commune, un responsable du FO. Ça pourra prendre la forme d'un comité de supervision du forfait au niveau communal et veillera à la bonne mise en œuvre du dispositif. » [Maire* _ Fiche17-MD]

Les chefs religieux

Les chefs religieux que nous avons rencontrés n'ont pas été impliqués dans la phase de sensibilisation. Certains n'ont pas reçu l'information du FO (Fiche20-RB). Mais ils ne présentent aucune résistance au projet bien au contraire ils utilisent le paquet de service du FO pour leur propre famille comme l'illustre le témoignage suivant :

> *« C'est une idée pour les familles il y a beaucoup d'avantage si les engagements sont respectés. Pour moi les soins sont une priorité et une obligation. Tout ce qu'on nous prescrit on l'achète sans hésitation, on a déjà payé en plus du FO 40000 pour les analyses et l'échographie qui ne sont pas disponibles a AIN VARBA, donc on a été obligés de se déplacer pour les faire. Le transport a couté pour elle et sa mère 6000 aller-retour. Pour les médicaments seul le fer est disponible. S'il y a des ruptures de médicament on les achète »* [Imam_Fiche25-MD]

6. LA PERFORMANCE DU DISPOSITIF DU FORFAIT OBSTETRICAL

Les sections qui suivent examinent à travers les réponses aux questions d'évaluation la performance du dispositif selon les critères de l'OCDE exposés à l'annexe 5.

6.1 Pertinence du dispositif

Une réponse à un besoin particulièrement urgent

La situation de la santé maternelle et néonatale en Mauritanie, telle que décrite dans l'enquête MOMA de 1999 (voir introduction et contexte page 15) était préoccupante et il était certainement pertinent de proposer une réponse. La disponibilité, l'accessibilité et la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales demandaient une stratégie facilitant l'accès financier, la mise à niveau des plateaux techniques et des compétences, et l'amélioration de la qualité. L'idée du forfait participait aussi à l'époque de la stratégie de recouvrement des coûts adoptée par le gouvernement mauritanien, et soutenue par l'UNICEF (Initiative de Bamako).

Etait-il pertinent de proposer une mutualisation du risque obstétrical entre les seules personnes qui y sont exposées ? Cela paraît en principe contraire à l'approche classique de mutualisation des risques. Il ne semble pas y avoir eu de discussion sur ce type de question. La logique de l'urgence à régler un problème ponctuel aigu a prévalu au départ mais les enjeux systémiques n'ont par la suite pas étés soulevés.

Il était pertinent de démarrer le dispositif, à titre pilote, dans les quartiers périphériques de la capitale, très peuplés et démunis de structures sanitaires performantes. Enfin, le dispositif s'inscrivait dans l'esprit du Projet Maternité Sans Risques qui préconisait de généraliser la consultation prénatale afin de détecter les risques et de les contrôler avant la phase cruciale de l'accouchement. Cette approche, alors mondialement répandue, sera plus tard critiquée et remise en question en particulier par l'AMDD car elle fixait l'attention sur la détection des risques au détriment de la gestion des complications, y compris des complications « imprévisibles »[22].

Dans un contexte où les coûts divers de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des complications revenaient à des sommes très élevées (plus de 100 000 UM), et précipitaient de nombreuses familles dans la pauvreté (du fait de la nature catastrophique de ces coûts), il était pertinent d'offrir un « panier de soins » couvrant les actes standard de la grossesse, de l'accouchement, de la prise en charge des complications y compris le transport, et des suites de couches, le tout à un coût modeste de 5500 UM. Ce coût a été augmenté pour les grandes agglomérations de Nouakchott et de Nouadhibou afin de compenser une augmentation du prix des médicaments, mais est resté le même dans la plus grande partie du pays depuis le début du dispositif jusqu'à ce jour. Bien que des stratégies de demande de paiements supplémentaires pour des médicaments non disponibles, des examens de laboratoire, ou des coûts d'hospitalisation se soient généralisées (voir interviews des patientes, et des associations de la société civile), et que des suggestions de révision du prix à la hausse aient été soulevées, il n'a pas été proposé à ce jour une révision du prix du forfait. Nous n'avons pu obtenir d'élément probant permettant de trancher entre un souci d'éviter d'augmenter la charge pour les ménages, une conscience limitée des enjeux de financement de la santé, ou toute autre raison.

[22] Les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU), plus tard modifiés en Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) ont alors été proposés dans le monde comme la seule réponse pertinente à la survenue de complications (les imprévisibles et les autres).

Le ciblage des leviers d'action

Il était d'emblée pertinent de cibler les dépenses des sommes générées par le forfait sur les **médicaments**, qui souffraient de ruptures de stock, dues à des défaillances dans l'approvisionnement et la distribution, et le contrôle de qualité. Ce poste était indiqué à 36% des dépenses au début (années 2002-2006, voir plaquette du Forfait) , mais a subi de fortes variations par la suite, comme discuté plus loin (cf. partie 6.3.3 « la répartition des dépenses privilégie les primes»).

Le ciblage des dépenses s'est très rapidement focalisé sur les « **motivations** », primes de compensation aux personnels de santé concernés par la santé maternelle pour un travail somme toute normal pour des professionnels de santé. Il a été avancé qu'auparavant les personnels de santé « vendaient » des médicaments à leur profit. Ce focus sur les primes (initialement fixées à un tiers des revenus du forfait) et donc sur des bénéfices du dispositif pour les prestataires plutôt que pour les récipiendaires des soins, a conduit à des calculs d'indices, des discussions de niveau d'implication, des disputes sur les gardes de nuit, et finalement une approche de type « syndical » des conditions de travail qui n'a fait que s'aggraver au cours du temps et contribuer à la marchandisation de la santé maternelle. La proportion des dépenses pour payer des primes a été relevée à 45% à Maghta Lahjar, sans compter la prime au gestionnaire. Cette approche de primes, qui n'aurait dû être appliquée qu'aux prestataires ayant accepté d'aller dans des postes éloignés ou isolés, est également appliquée par d'autres programmes de santé y compris préventive (vaccination, nutrition, paludisme), et - tous programmes confondus - a encouragé le Ministère de la Santé à minimiser les ajustements de salaire réguliers pour les prestataires de santé. On reviendra plus loin sur cet « effet secondaire pervers » de l'approche FO.

Il était pertinent de consacrer d'emblée le troisième poste de dépenses des revenus du forfait et des actes isolés (puisque les paiements à l'acte sont mélangés au paiement du forfait dans une caisse commune) aux **références** en cas de complications. L'organisation d'un circuit de référence vers les hôpitaux et la prise en charge des cas compliqués par des médecins spécialistes, des chirurgiens, des anesthésistes, et les personnels de salles d'opération, était un argument de vente très convainquant pour les familles des parturientes puisqu'il représentait le risque de la grossesse. Ce poste était fixé au début du dispositif à 12% des recettes du FO pour les activités chirurgicales (bloc opératoire), sans cependant négociation avec les hôpitaux, qui ont acquis leur autonomie après le début du forfait.

Enfin, l'inclusion de **l'échographie** en début de grossesse s'est avéré un geste pertinent (financé de 2009 à 2011 par la contribution de Monaco), car susceptible d'attirer de nombreuses futures mères anxieuses de constater la bonne santé du fœtus ou simplement curieuses de pouvoir le voir, même si la répétition de cet acte (payant à partir de la deuxième échographie, sauf indication médicale), a entrainé une augmentation des coûts pour les familles. En dehors de l'apport indéniable de l'échographie dans le dépistage de certains facteurs de risque et dans le cadre de nombreuses urgences obstétricales, cet examen fait l'objet en Mauritanie d'une demande très forte de la part de nombreuses usagères et de ce fait un excellent « outil de promotion » pour la surveillance de la grossesse et pour l'adhésion au FO. Depuis la mise en œuvre du forfait obstétrical, l'échographie fait partie de l'offre de soins systématiquement proposée à toutes les patientes, et manifestement joue un rôle attractif (malgré l'existence d'abus occasionnels

Des choix originaux dans les conditions de mise en œuvre

La qualité des soins ne peut s'obtenir que par une combinaison équilibrée entre équipement fonctionnel, consommables disponibles, formation (« recyclage « du personnel de santé), motivation (primes au personnel), organisation adéquate du travail, et supervision positive[23]. S'est-elle améliorée comme planifié ou s'est-elle détériorée ? Il était pertinent de focaliser d'emblée le dispositif sur l'amélioration de la qualité des services offerts dans le cadre du forfait au vu de la faible utilisation des services auparavant, et de la diminution très lente des taux de mortalité. Mais nous verrons que ce focus n'a pas répondu aux attentes (cf. partie 6.2.5 « le forfait a peu joué sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge »).

Une originalité du forfait fut d'essayer **d'impliquer la société civile dès le départ,** pour garantir une « appropriation » du dispositif par la communauté et disséminer la bonne l'information sur le dispositif. D'une certaine façon, cela préfigurait une sorte de caisse représentant la population et achetant les services. Ce fut un pari difficile étant donné la faiblesse du tissu associatif. Certains gestionnaires proviennent en effet de la société civile mais la plupart sont d'anciens fonctionnaires et sont dans la pratique plutôt inféodés à l'autorité administrative. La non-implication des comités de gestion à ce niveau reste une question tant en termes d'opportunité d'efficience que de renforcement de la société civile.

« Le médecin-chef est le chef : c'est lui qui décide de l'attribution des primes… Nous autres, on ne peut rien dire » (une prestataire du Gorgol)

D'autre part, comme le principe était de payer directement des primes au personnel impliqué dans les services du FO (calculées selon des indices pré-établis), et non de payer des services à une structure, des problèmes de conflit d'autorité avec les directions des hôpitaux devenus autonomes se sont rapidement posés.

Etait-il pertinent de créer un circuit parallèle pour gérer les fonds générés par le Forfait et les médicaments ? C'était à l'évidence utile au début pour débloquer les goulots d'étranglement et faire face aux urgences, mais cela pose à long terme des problèmes d'efficience et de pérennité (double stocks, coût de gestion, approvisionnement en médicaments et consommables) qui n'ont visiblement jusqu'ici pas été soulevés de manière explicite.

Etait-il pertinent de mener de front une **extension** rapide du dispositif, à la fois géographique, sociale et médicale, sans que l'efficacité du dispositif ne soit clairement établie et que les enjeux de sa durabilité institutionnelle et financière ne soient clarifiés ? C'était indispensable pour une vision nationale, et dans l'optique d'un impact rapide, mais trop de contraintes ont ralenti l'extension. Les contraintes logistiques (accès, équipements, ambulances), les prérequis (information communautaire, formations des prestataires), avant de lancer le dispositif dans une nouvelle FOSA, la difficulté de trouver des personnels compétents acceptant de se délocaliser, le désengagement progressif des bailleurs, les difficultés d'approvisionnement, le manque de soutien financier de la part du ministère, et les problèmes d'identification des indigents sont tous en partie en cause. Ces constats posent la question du risque de proposer une solution ad hoc en matière de financement de la santé sans examiner son positionnement dans le champ élargi du financement de la santé au niveau national.

[23] Rowe AK et col. How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings. Lancet. 2005 ; 366 : 1026-35

Etait-il pertinent de donner l'ancrage institutionnel du FO à un programme autonome (le PNSR) dont le dispositif FO est rapidement devenu « la seule locomotive » et qui est resté trop isolé du reste de la DSBN et des autres départements du Ministère ? Sans doute au moment de la conception du Projet, car on pouvait supposer que le Programme serait une structure d'appui et de gestion solide, soutenu par les PTFs. Mais nous avons vu que des faiblesses du système ont joué un rôle négatif, amenuisant avec l'extension dans le temps et dans l'espace la confiance dans cet ancrage (cf. partie 6.5.2 « l'ancrage institutionnel est encore fragile »). L'un des effets de cet isolement a été entre autres la dichotomie entre le système d'information propre au PNSR et celui du SNIS (sources d'information, définitions d'indicateurs, non communication entre les deux systèmes). L'ancrage temporaire-qui-dure d'une solution de financement à un programme à vocation technique a ainsi créé une distorsion systémique, dont les conséquences négatives qui émergent aujourd'hui sont des symptômes qui auraient pu être prévisibles dès le milieu de la décennie 2000. Rappelons ici que c'est en 2007 que l'OMS a commencé à attirer l'attention sur le fait que les dimensions systémiques étaient « l'affaire de tous »[24].

La coordination avec d'autres bailleurs

Depuis les débuts, il était pertinent de la part de l'AFD de plaider pour attirer de nouveaux bailleurs en appui au dispositif. Le Ministère de la Santé ne pouvait qu'approuver ce plaidoyer, et y participer. Des accords divers et variés ont été conclus, pour des durées variables, selon des modalités diverses, avec un partage plutôt géographique que fonctionnel, et donc des décaissements parallèles non coordonnés, dérogeant aux principes de la Déclaration de Paris sans que des éléments probants justifient l'adoption d'une telle approche. L'AECID a inclus le forfait dans ses appuis qui soutenaient l'ensemble du programme de santé reproductive dans une région déterminée, le Trarza. Pour cela elle a utilisé la capacité opérationnelle et technique d'ONGs (Medicus Mundi, Medicos del Mundo). L'UNICEF peut fournir équipements et médicaments procurés selon sa propre logistique, ainsi que son propre programme de formation, au risque de fragiliser les systèmes nationaux. Monaco n'a pas de capacité opérationnelle et doit passer par la gestion financière de l'AFD. Finalement ce système multi-bailleur qui apparaissait comme prometteur, n'a pas pu être complètement harmonisé, faute que cette harmonisation ait été envisagée dès le départ malgré le fait que les protagonistes soient signataires de la Déclaration de Paris et membres du Partenariat international pour la santé IHP+, que la Mauritanie a rejoint en 2010. Ce partenariat ne semble pas devoir beaucoup se prolonger : seul l'UNICEF est toujours partie prenante, il n'y a pas de nouveaux candidats en vue, et plusieurs partenaires ont révisé leurs priorités. Des précisions ont été données par l'AECID. Deux raisons ont expliqué la prise de distance de l'AECID par rapport au financement du FO: (i) la limitation des moyens financiers disponibles influençant les ONGs espagnoles traditionnellement engagées sur le FO à ne pas soumettre de demande de financement pour un projet FO, (ii) le manque d'appropriation des projets par le PNSR, sa capacité de planification limitée, l'absence de visibilité d'ensemble du PNSR. On ne peut ainsi pas parler de "retrait" de la coopération espagnole. // Concernant l'UNICEF, le manque de vision holistique de la part des contreparties nationales a mené vers une prise de distance. La réunion périodique des partenaires de la Santé passe plus rapidement sur le soutien au FO.

L'intégration dans la stratégie nationale

Le dispositif Forfait Obstétrical est-il en cohérence avec les autres programmes et inscrit dans une vision à long terme? Les textes consultés (Plan National de Développement Sanitaire 2012-2020) ne le citent pas comme un élément essentiel du plan de développement (le mot n'est mentionné

[24] *Everybody's business. Strengthening Health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for action 2007*

qu'une fois page 54 au milieu d'autres moyens d'accès à la santé maternelle ; il n'est pas mentionné comme stratégie de financement de la santé). Les dirigeants rencontrés dans le cadre de cette évaluation ont confirmé verbalement que l'expérience est appréciée comme innovante et utile, mais il n'y a pas de preuves écrites de l'implication du Ministère, hormis la lettre reproduite en annexe 4, pas de citation dans le PNDS révisé, pas de contribution au budget, pas d'intégration à l'annuaire statistique de la santé.

> *« Le forfait a eu une certaine crédibilité, mais maintenant les gens hésitent… » (Un Directeur au MS)*

Le Plan Stratégique 2016-2020 du PNSR publié en 2015, un « modèle du genre », donne une bonne analyse des faiblesses du système actuel d'amélioration de la santé maternelle et néonatale, et préconise la couverture de toutes les Moughataa par le Forfait Obstétrical, mais ne donne pas de détails ni sur les prérequis ni sur les budgets de soutien nécessaires, ni d'élément probant sur les raisons pour lesquelles le forfait constitue une solution. Il faudrait revoir les conditions d'écriture des textes de politique, qui sont mal documentées.

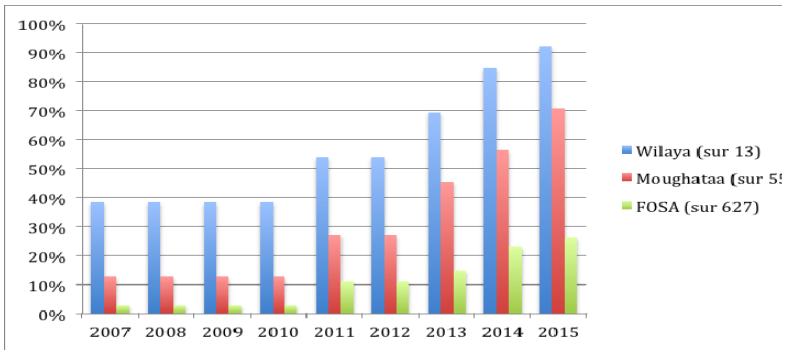
> *« Augmenter le prix du forfait ? Mais ce serait une révolution ! Par contre augmenter le soutien du Ministère au forfait par des subventions, alors oui, on pourrait influencer la qualité, et tout le reste… »* (un observateur du PNSR)

Enfin, était-il pertinent d'un point de vue de santé publique de faire payer des activités purement préventives comme la CPN ? En tant qu'activité préventive voulue obligatoire par une politique nationale, la CPN devrait logiquement être gratuite pour toutes les femmes enceintes comme sont la vaccination, l'aide nutritionnelle, le dépistage du VIH, le programme de prévention du paludisme.

> *« Ce n'est évidemment pas à la femme enceinte de payer pour diminuer les risques de sa grossesse, c'est contraire aux principes élémentaires de la santé publique !… »* (OMS Mauritanie)

6.2. Efficacité du dispositif

Figure 3 : Couverture institutionnelle de 2007 à 2015



Globalement, l'efficacité d'une mesure de santé publique s'apprécie selon des dimensions de qualité, sécurité, et couverture[25]. Comme on l'a vu au chapitre sur la méthodologie de l'évaluation, les données disponibles pour construire des indicateurs fiables varient beaucoup par leur définition, leur validité, leur degré de complétude (recueil incomplet), leur qualité, leur comparabilité, et donc leur interprétation. En corroborant plusieurs sources, on observe de façon générale un progrès dans l'utilisation du Forfait, ce qui indique que le dispositif contribuerait à l'objectif de couverture du système. Mais il faut nuancer cette impression.

[25] Monitoring the Building Blocks of health systems ; A Handbook of indicators and their measurement strategies. (2010) OMS, Genève,

Le SNIS ne permet pas de mesurer l'efficacité du FO

La qualité du SNIS s'améliore d'année en année, bien que la notion de forfait obstétrical en ait été exclue jusqu'en 2014. Les indicateurs rapportés par le SNIS annuellement sont cependant très flous dans leur définition. Selon l'Annuaire Statistique de 2013[26] il y aurait 161 714 grossesses attendues en 2013, ce qui est très au-delà des 116 333 naissances attendues calculées en multipliant la population totale par le Taux Brut de Natalité (TBN) fourni par le RGPH 2013. Cela impliquerait un taux de perte de 28% des grossesses ! Cette divergence de chiffres non négligeable laisse peser de forts soupçons sur le défaut de mise à jour et la qualité des statistiques sanitaires et démographiques.

Le Tableau 2 présente l'évolution de quelques indicateurs des progrès faits entre 2013 et 2014[27]. Le taux de couverture sanitaire, le nombre et la densité des personnels de santé, le nombre et le taux de césariennes, la mortinatalité sont des exemples d'indicateurs devenus disponibles dans les rapports annuels du SNIS en 2014. Le calcul du taux de césariennes prête à confusion : on peut utiliser comme dénominateur soit le nombre de naissances attendues, soit le nombre de naissances dans les FOSA (accouchements assistés), soit enfin le nombre d'accouchements faits dans l'hôpital qui réalise les césariennes. Le manuel AMDD recommande la troisième option, mais ce n'est pas celle utilisée dans le SNIS qui utilise la deuxième. Il est évident que la troisième option donne des taux bien plus élevés puisque les hôpitaux reçoivent les femmes référées pour urgence obstétricale.

Tableau 2 : quelques indicateurs produits par le SNIS en santé maternelle et néonatale

	SNIS 2013	Objectifs du CMR 1127 pour 2011	SNIS 2014
Taux de couverture sanitaire (population dans un rayon de 5km)	ND	80%	69%
Grossesses attendues (GA)*	161 714		166 054
Nombre de sages-femmes (et taux par grossesse attendue)	ND		246 (une pour 657 GA)
Premières CPN	109615 (68%)		114901 (69%)
Grossesses à risque (GaR) dépistées	14318 (13,1%)		14480 (12,6%)
GaR prises en charge	12288 (86%)		ND
Grossesses à risque référées	2030 (14,2%)		2142 (14,8%)
Accouchements enregistrés dans les FOSA dits Accouchements « assistés »	65845 (40,7%)	18 750 (?)	75 257 (45,3%)
Césariennes	ND	3%	1568 (2,1%)
Première Consultation Post Natale	30130 (45,7%)		32528 (43,2%)
Décès maternels	158		230
Morts-nés	ND		1 104

(*ND= Non Disponible)*

[26] Ministère de la Santé, Direction de la Planification, de la Coopération et de l'Information Sanitaire (2014) Annuaire des Statistiques Sanitaires de 2013.

[27] On n'a pas pu indiquer dans le Tableau 2 (colonne du milieu) l'état des objectifs prévus dans le Cadre logique du Projet CMR 1127 pour les différents indicateurs, pour deux raisons : d'abord parce que les indicateurs Forfait et les indicateurs SNIS ne sont pas consistants ni comparables, et ensuite parce que les chiffres-cibles du Projet CMR 1127 étaient prévus à l'origine pour être atteints en 2012, et non pas en 2013.

** : les chiffres semblent très exagérés, les GA ne dépassant pas les 120 000 par an sur toute la période d'après le RGPH 2013*

Le dispositif couvre progressivement les territoires

Selon les directives du Plan Stratégique révisé de Santé Reproductive pour 2016-2020, l'extension géographique complète du Forfait doit se faire avant la fin 2020[28]. Ceci signifiait que 100% des moughataas devaient disposer, *a minima,* de 4 FOSA couvertes en 2020. Une confusion est née souvent sur le terme de "couverture", utilisée dans des acceptions très différentes selon les acteurs et occasions (cf. partie 3.2.2).

Il apparaît à la lecture de la Figure 3 que la couverture institutionnelle est meilleure pour les Wilaya (95% à la date de l'évaluation (soit 12 sur 13), que pour les Moughataa (82% des Moughataa existantes) et que pour les FOSA (31%), et chaque composante est en progression à des rythmes cependant différents. Entre 2008 et 2013 (CMR 1127) 80 FOSA supplémentaires ont été "couvertes", dans 18 Moughataa situées dans 3 Wilaya supplémentaires. 38 Moughataa sont couvertes en 2015, contre 25 en 2013, Il restait donc 17 Moughataa et un total de 462 FOSA non couvertes, avant de pouvoir conclure à la couverture généralisée, et d'envisager un impact plus sensible du dispositif sur la mortalité. Sur le plan de la couverture de population, si on considère qu'une Moughataa est couverte lorsque au moins 4 de ses centres ou postes de santé offrent le forfait, on peut calculer que la population « couverte » fin 2013 représente 58% de la population totale du pays, tandis que la population « programmée » (pour les années 2014 et 2015) est de 25% de la population totale, laissant ainsi 17 % de la population totale « non programmée » (ou plutôt à programmer après 2015).

L'Annexe N° 5 présente la liste des FOSA touchées par le Forfait, avec leur Moughataa, leur date de mise en place, et l'organisation qui a soutenu l'implantation. Un rapide calcul indique qu'au début 2016, si les nouvelles implantations du dispositif se sont passées comme prévu, le FO devrait être proposé dans 194 FOSA (31%), disséminées dans 45 Moughataa (82%), localisées dans les 13 Wilaya du pays (100%). La couverture complète de la population est encore loin d'être accomplie, mais il reste à déterminer le nombre exact de FOSA dans le pays qui pourraient être candidates à l'implantation du Forfait : entre 254 et 627, l'intervalle est large !

Tableau 3 : Progression du nombre de Moughataa offrant le FO entre 2007 (base) et 2015.

	Couvertes en 2013		Programmées 2013-2015		Reste, Non Programmées	
	Nb Mough.	**Pop.**	**Nb Mough.**	**Pop.**	**Nb Mough.**	**Pop.**
H. Chargui	4	66%	2	30%	2	4%
Hodh Elgharbi	3	86%	1	14%	0	0%
Assaba	2	45%	1	26%	2	29%
Brakna	5	100%	0	0%	0	0%
Gorgol	2	55%	2	45%	0	0%
Guidimagha	0	0%	2	100%	0	0%
Tagant	0	0%	2	94%	1	6%
Trarza	4	78%	2	22%	0	0%
Adrar	0	0%	0	0%	4	100%
Tiris Zemour	0	0%	1	83%	2	17%

[28] Ministère de la Santé, PNSR. Plan Stratégique National de Santé Reproductive 2016-2020. Publié en 2015

Nouadhibou	1	100%	0	0%	0	0%
Inchiri	1	100%	0	0%	0	0%
Nouakchott	4	54%	3	30%	2	16%
TOTAL	**26**	**58%**	13	**25%**	16	**17%**

Source : données du Programme National de Santé de la Reproduction

Mais l'adhésion des femmes est sans doute surestimée

Figure 4 : Evolution du nombre d'adhésions entre 2003 et 2013, toutes Wilayas confondues

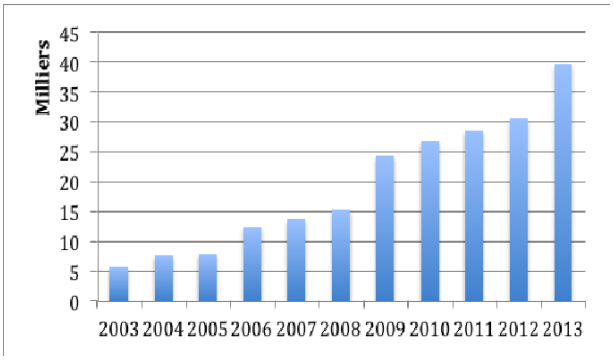
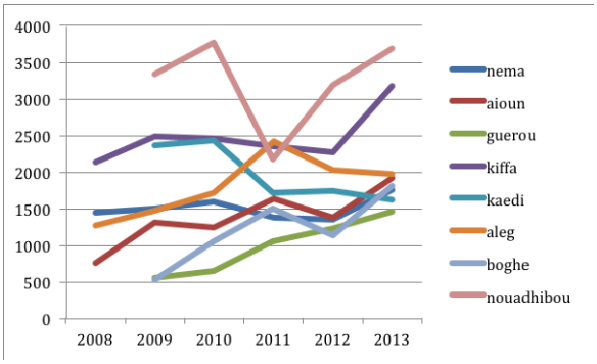


Figure 5 : Evolution des adhésions dans les Moughataa appuyées depuis 2008 (hors NKT)

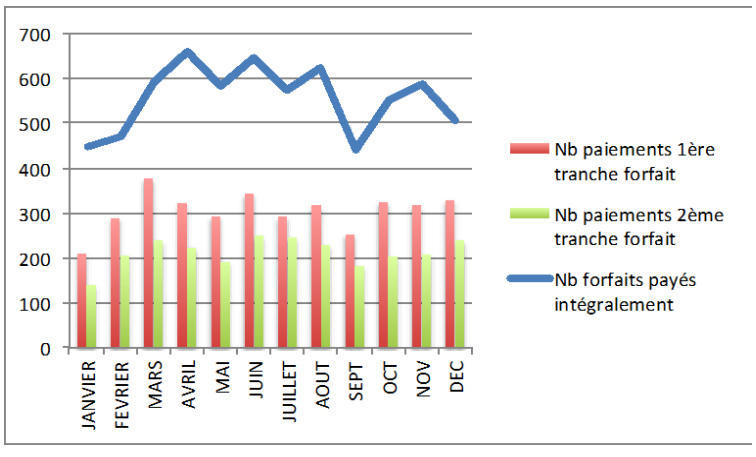


SOURCE PNSR

La progression des adhésions est évidente à la lecture de la Figure 4. Mais cette progression est en fait essentiellement liée à l'ouverture de nouveaux forfaits. En ne reprenant que les forfaits qui existaient en 2008 (Figure 5) la progression est beaucoup moins nette et parfois les évolutions sont erratiques.

Le PNSR considère comme adhésion le paiement de la totalité du forfait ou de la première tranche. On ne prend donc pas en compte les abandons, c'est à dire les femmes qui ne payeront pas la seconde tranche. Pour cela il faudrait un véritable suivi de cohorte. A Nouakchott, le pourcentage de paiement complet varie entre 46% et 65%, et celui-ci concerne donc environ la moitié des femmes. Lorsque le paiement est fractionné, le second paiement est toujours moins fréquent que celui qu'on attendrait en prenant en compte un décalage de quelques mois comme le montre la Figure 6 pour 2015 à Nouakchott.

Figure 6. Evolution des Adhésions à Nouakchott en 2015



Hors de Nouakchott, le pourcentage de paiement complet est bien plus faible (parfois moins de 10%), ce qui montre probablement la difficulté de paiement et /ou la méfiance des femmes. Ce faible choix du forfait complet se retrouve dans l'exemple ci-dessous de Bogue (Figure 7);

la différence entre la première tranche et la seconde tranche, importante au début, s'y est atténuée avec la maturité du dispositif. Dans d'autres endroits comme à Kiffa, le choix du forfait complet est également bas, mais la différence entre paiement de la première et de la seconde tranche est considérable (Figure 8). Il n'a pas été possible avec les données disponibles de déterminer si la raison est à rechercher du côté de la capacité à payer ou de la volonté à payer.

Figure 7 Evolution des Adhésions à Bogue entre 2008 et 2013

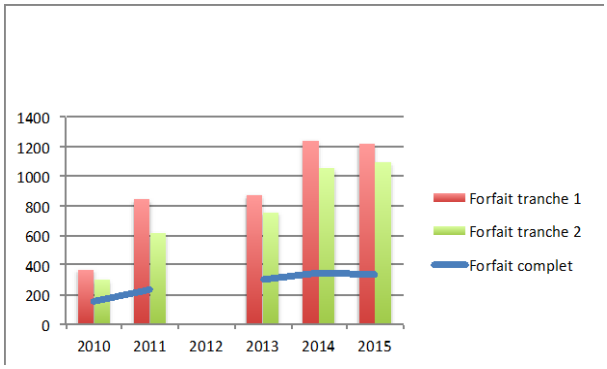
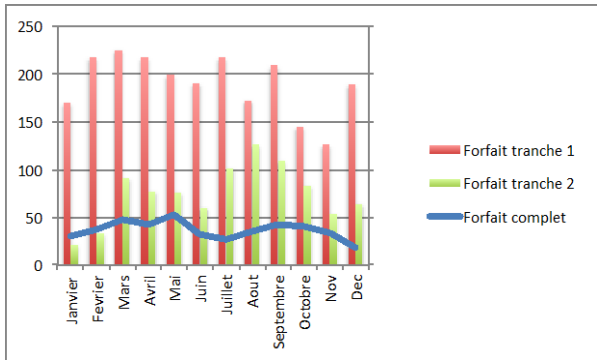


Figure 8 : Evolution des Adhésions à Kiffa (Assaba) en 2013



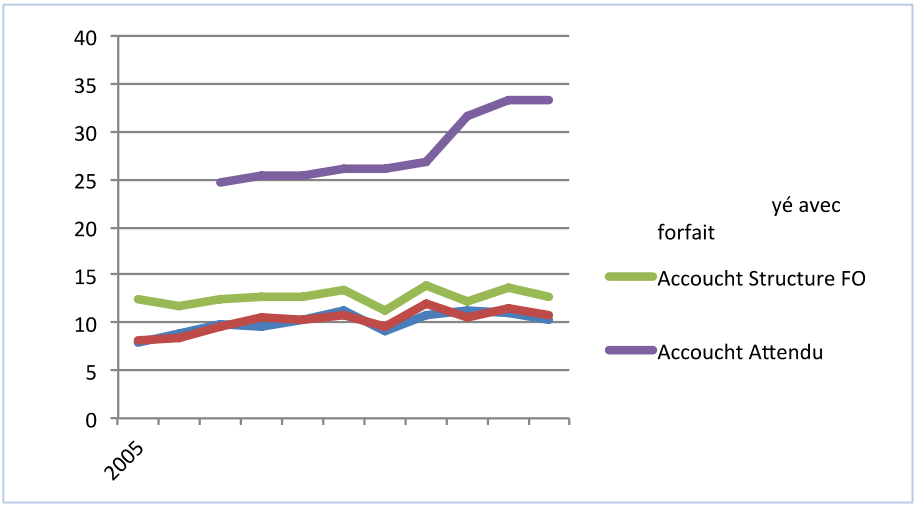
Il n'en reste pas moins une surestimation des adhésions, et l'analyse des abandons est essentielle pour mesurer les problèmes de certains forfaits.

L'analyse n'a pas cherché à focaliser sur les différences de perception et d'utilisation du FO entre les milieux ruraux et les milieux urbains. Une analyse complémentaire pourra être conduite dans le futur à l'aide des réponses aux questionnaires. Il semble dans l'ensemble que l'extension se passe mieux en milieu rural, en raison surtout du nombre supérieur de nouvelles implantations du FO dans les wilaya de l'intérieur.

L'augmentation modérée des accouchements avec forfaits à Nouakchott

Finalement les femmes qui n'ont pas payé la seconde tranche vont payer l'accouchement à l'acte. La Figure 9, pour laquelle nous ne disposons que des données de Nouakchott, montre que le nombre d'accouchement avec forfait est proche du nombre d'adhésions et que la différence avec les accouchements payés à l'acte demeure modeste. On suppose donc que 80% des femmes prennent le forfait et accouchent sous forfait et que les 20% autres n'ont jamais cotisé et payent à l'acte. Il y a pourtant des femmes qui ont payé la 1^{ere} partie du forfait et qui finissent par payer à l'acte car elles n'ont pu régler le solde. Il existe aussi des femmes qui ont payé la totalité du forfait et accouchent ailleurs. Ces parcours probablement peu nombreux sont néanmoins intéressants pour une analyse qualitative du forfait.

Figure 9 : Evolution entre 2005 et 2015 du nombre d'accouchements sous forfait à Nouakchott, d'accouchements dans les FoSA sans avoir payé le forfait, et du nombre d'accouchements attendus



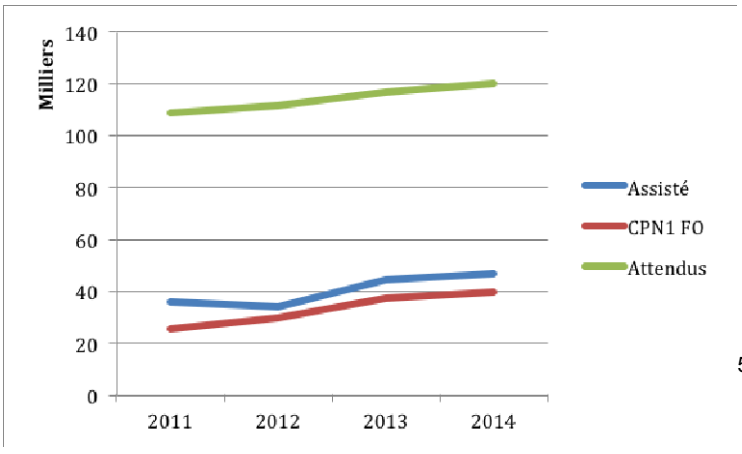
Le nombre d'accouchements attendus est estimé par la population multipliée par le taux brut de natalité. Le nombre d'accouchements « payés avec forfait » est relativement stable et couvre moins de la moitié des accouchements pratiqués à Nouakchott (l'autre partie étant dans les grands hôpitaux nationaux et dans le secteur privé). La plupart des accouchements « dans les structures FO (ligne verte) sont bien payés avec le FO (ligne rouge). La Figure 9 confirme des taux entre 30 et 40% des accouchements sous forfait. On remarque un saut de naissances attendues entre 2012 et 2013 qui ne pourrait s'expliquer que par un afflux de migrants (migration rurale-urbaine, migration du Nord Mali ?), ou par l'utilisation d'une base différente pour calculer les naissances attendues. En effet les chiffres du Recensement RGPH2013 sont apparus en 2013 et ont été utilisés sans tenir compte d'une quelconque transition. On est tenu d'utiliser les chiffres du recensement mais le « saut » d'accouchements attendus, lié au « saut de population » aurait nécessité un « lissage » des données.

Une augmentation des accouchements assistés concomitante de celle de l'augmentation des adhésions au FO

Le PNSR considère comme « accouchements assistés » tous ceux se passant dans les formations sanitaires publiques, que ce soit assistés par des médecins, des sages-femmes ou des accoucheuses peu qualifiées, et que ce soit avec ou sans forfait obstétrical. On ne dispose pas en routine des données d'accouchements à domicile, qu'ils soient assistés par un personnel compétent ou non. De manière surprenante, ces données essentielles ne sont pas disponibles régulièrement et de manière cumulée en dehors de Nouakchott. Le PNSR les obtient de la part des gestionnaires lors des visites de supervision, mais pas de façon consistante ni régulière, par exemple à travers le SNIS.

Quand on utilise les données mises à disposition par le PNSR dans ses compilations annuelles, on observe une augmentation modérée des accouchements assistés entre 2011 et 2014 dans l'ensemble des Moughataa « couvertes » par le Forfait, c'est à dire dans lesquelles le Forfait

Figure 10 Nombre d'accouchements assistés et ceux avec paiement du FO à la première CPN par rapport aux accouchements attendus dans les Moughataa touchées par le forfait entre 2011 et 2014

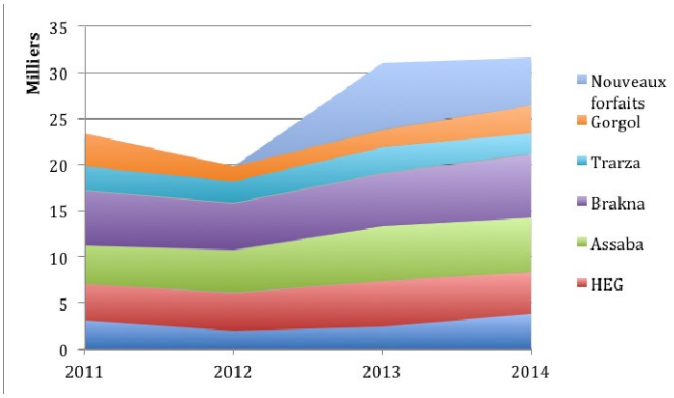


est proposé au moins dans le Centre de Santé de la Moughataa et les Postes de santé en dépendant. Cette conclusion différente de celle de l'étude IRD, mérite une analyse plus fine. Il n'est pas précisé si ce nombre d'accouchements comprend ou non les accouchements effectués dans l'hôpital régional des Wilaya où on propose le forfait, mais il est supposé que c'est le cas. Il reste difficile d'obtenir le nombre exact d'adhérentes au forfait par Moughataa, qui n'est pas le même que le nombre d'accouchements assistés. On pourrait utiliser le nombre de femmes ayant acquitté le prix du forfait comme équivalent du nombre d'adhésions, mais le fait que de plus en plus de femmes ne payent à l'adhésion que la moitié du prix, se réservant de payer la suite au moment de l'accouchement, fausse la comptabilité des adhésions.

Par convention, le PNSR utilise le nombre de femmes ayant payé la moitié au moment de la CPN1 comme nombre d'adhésions. Si on suit seulement la CPN1 avec paiement du forfait sans prendre en compte les abandons, l'analyse de la Figure 9 montre que le nombre des CPN1-FO suit assez régulièrement le nombre d'accouchements assistés. La différence n'est pas grande mais est probablement significative sur les difficultés des femmes à payer la totalité du forfait.

On remarque que les accouchements assistés répertoriés dans le PNSR ne sont que 20 à 30% des accouchements attendus au niveau national et que cet écart se maintient au fil des années, sur la période xx [celle que vous avez étudiée]. Ces pourcentages étant toujours un peu supérieurs pour la Wilaya de Nouakchott.

Figure 11 : Evolution des accouchements assistés enregistrés par le PNSR entre 2011 et 2014 dans les Wilaya touchées par le forfait et dans les 9 nouvelles Moughataa.



L'évolution des accouchements assistés dans le cadre du projet CMR 1127 (Figure 10) montre une baisse très nette en 2012. Elle pourrait être expliquée soit par de nouvelles méthodes de calcul, soit par la détérioration de la qualité des données Cette baisse s'observe aussi à Nouakchott, elle est encore plus marquée dans les régions. Nous avons regroupé ces données par région hors Nouakchott et nous avons distingué les 9 nouvelles Moughataa-forfaits apparues en 2013 et 2014, à l'intérieur des Wilaya ayant déjà initié le FO auparavant.

On remarque une reprise du nombre des accouchements assistés à partir de 2013, mais que celle-ci est concomitante à l'ouverture de nouveaux forfaits, tandis que le nombre d'adhésion au sein des FO déjà en place est restée relativement stable. Certaines régions progressent légèrement ensuite comme le Brakna, le HEC ou l'Assaba mais les autres sont relativement stables.

Dans une analyse sur une plus longue période (Figure 12, 2001-2015), on remarque que la progression des accouchements assistés est ancienne (et donc pas seulement liée à l'extension du FO à de nouvelles FOSA) mais ne se rapproche que très progressivement des accouchements attendus.

Figure 12 Evolution du nombre d'accouchements assistés (Acc Ass) dans les FOSA proposant le FO par rapport aux accouchements attendus (Acc Att) entre 2001 et 2014. sans préjuger si les femmes avaient adhéré au Forfait ou non

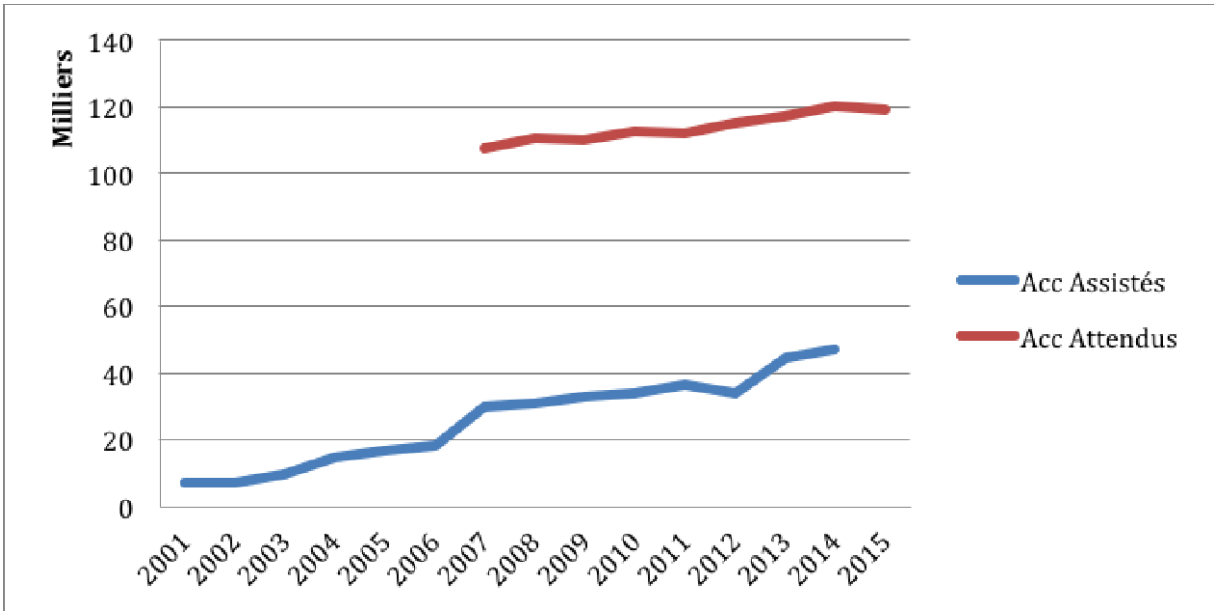


Tableau 4 : Proportion de forfaits rapportés aux grossesses attendues de 2008 à 2013 .

Forfait/GA	2008	2009	2010	2012	2013
Nouakchott	72,8%				66,3%
Nema	44,6%	45,1%	46,9%	33,0%	61,1%
Timbedra		21,5%	22,2%	24,4%	58,4%
Aioun	31,9%	54,5%	50,5%	46,0%	89,0%
Kobonni				21,3%	42,4%
Tintane				20,3%	28,8%
Guerou		29,3%	32,6%	60,0%	98,1%
Kiffa	49,4%	56,3%	53,2%	45,7%	87,0%
Kaedi		46,6%		31,0%	40,1%
Aleg	41,5%	46,2%	51,9%	47,2%	58,5%
Boghe		15,1%	29,1%	27,7%	75,9%
Magta-lahjar				37,3%	
Nouadhibou		83,2%	93,0%	61,8%	90,2%

Sources: PNSR pour les Accouchements, RGPH ajusté pour les populations à partir de 2007

Le pourcentage des accouchements assistés dans les FOSA proposant le forfait par rapport aux accouchements attendus a augmenté lentement entre 2007 (27%) et 2014 (39%). Il devrait être de 40% en 2015, ce qui signifie que les 60% des accouchements attendus se sont passés soit dans le secteur privé, soit dans les FOSA ne proposant pas encore le Forfait, soit à domicile. Mais dans ces accouchements à l'acte on ne distingue pas les femmes mentionnées ci-dessus de celles qui n'ont jamais cotisé au forfait. L'évolution d'ensemble de la part

d'accouchements assistés semble d'ailleurs assez continue dans l'ensemble du pays et même avant la mise en place du forfait.

Nous avons essayé de mesurer la progression du taux d'adhésion au forfait par rapport aux grossesses attendues dans certaines Moughataa (Tableau 4) avec les informations dont nous disposons (l'année 2011 manque). Il est évident que ce calcul des grossesses attendues est une estimation. Mais on trouve une indéniable progression et les taux sont relativement élevés même s'ils sont très variables. Cet indicateur devrait être l'objet d'un suivi régulier.

Les complications obstétricales et néonatales et leur prise en charge restent mal enregistrées

Au milieu de la faiblesse générale des données rapportant les complications obstétricales (et néonatales) dans les régions où le forfait est disponible, on a pu trouver une série de données assez complètes sur les complications obstétricales en 2008. Les urgences obstétricales étaient regroupées selon les catégories suivantes :

- Hémorragies : Hémorragies de la délivrance, hématome rétro placentaire et placenta prævia
- Dystocies : Bassins rétrécis, présentations transverses front, épaule, foetus trop gros
- Hypertension : pré-éclampsie et éclampsie
- Infection : Septicémies post partum et post abortum, infections post opératoires
- Autres : grossesses multiples, anémies sévères, accès pernicieux palustres, etc.

Il n'a pas été possible de retrouver les mêmes données les années suivantes, pour en analyser l'évolution. Pour cette même année 2008, les données du PNSR de la Wilaya de Nouakchott rapportent 603 complications obstétricales, soit 4,8% de tous les accouchements survenus dans les maternités forfait, dont 179 référées des autres centres de santé vers Sebkha. On est donc très loin des chiffres standards préconisés par l'AMDD de 15% de tous les accouchements qui devraient présenter des complications et de 100% des complications référées dans un centre SONU !

Les résultats de l'enquête SONU de 2011 confirment la faiblesse du traitement des complications obstétricales, autant du traitement médical que du traitement statistique. Ce qui importe ce sont les **complications obstétricales prises en charge dans** les formations sanitaires capables de les accueillir. Selon les données de l'enquête SONU portant sur les naissances de 2011, sur un total national de 112 100 naissances attendues, on devait s'attendre à 16 815 complications obstétricales graves (nécessitant une prise en charge SONU). Cette année-là, 36 204 accouchements ont été enregistrés dans toutes les formations sanitaires du pays (32,3% du total des naissances attendues soit moins d'un tiers), mais seulement 4741 complications obstétricales ont été reçues dans les formations sanitaires, ce qui correspond à 28,2% des besoins obstétricaux couverts (**donc 72% de besoins non couverts, presque les trois-quarts !**). On voit que le dispositif n'était pas efficace cette année-là pour prendre en charge les complications et donc réduire la mortalité. Nous ne disposons pas d'une enquête SONU plus récente permettant de mesurer l'évolution de cet indicateur crucial, et recommandons la tenue d'une telle enquête (voir chapitre Recommandations)

Le Tableau 5 constitué à partir des données PNSR de 2011 tente de comparer les complications néonatales enregistrées sur toute une année avec ce à quoi s'attendre par les résultats du MICS 2011.

Tableau 5 : Complications néonatales rapportées en 2011 pour toutes les Wilaya couvertes par le forfait (source PNSR)

Complications	enregistrées	référées	Taux d'incidence	Taux selon le MICS 2011
Naissances à terme	50537			
Avortements	2270	158		

Prématurés	1068	24	2,1%	
Hypotrophes	1692	26	3,4%	34,7%
Mort-nés frais	434		0,9%	
Mort-nés macérés	651		1,3%	
Décès en salle de travail	62		0,14%	
Décès dans les 24 heures	24		0,05%	
Décès de 0 à 28 jours	70		0,14%	3,4 %

On constate d'une part que les complications enregistrées sont faibles en relation avec le nombre de naissances menées en institutions, d'autre part que la proportion des cas référés est très faible en relation avec le nombre d'incidences, et enfin que le nombre de décès est très faible en relation avec les chiffres attendus en fonction de l'enquête MICS 2011. Il faut cependant persévérer et demander une attention soutenue pour enregistrer toutes les complications, tant lors des accouchements à l'hôpital que dans les centres et postes de santé. Les données produites par les hôpitaux de référence de Nouakchott en 2015 sont de meilleure qualité mais ne donnent pas d'indication des dénominateurs.

L'extension progressive du FO ne semble pas avoir eu la moindre influence sur les taux de césariennes. On assume par expérience que le taux national (urbain-rural) devrait être d'au moins 8% en Mauritanie. Les chiffres disponibles en 2013, sous condition d'exactitude (?), ne permettent pas de différencier les césariennes par indication, par âge, par milieu urbain-rural, par niveau socio-économique. On ne peut donc que déplorer le niveau très insuffisant (moins de 3%), traduisant essentiellement une mauvaise communication entre les centres de santé et les hôpitaux.

Le Forfait a peu joué sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge

Il est difficile de retrouver à partir des données disponibles des indicateurs de qualité répondant aux critères de « bons indicateurs ». En raison du manque de temps imparti pour une analyse quantitative approfondie, l'analyse de qualité se fonde essentiellement sur les résultats de l'enquête qualitative. On retient pour l'évaluation les trois approches pour la mesure de qualité : complétude du parcours de soins, respect des procédures de soins, et résultat de la prise en charge.

On peut dire qu'en général les indicateurs d'adhésion au forfait (d'utilisation des services) sont de bons indicateurs de qualité car les femmes n'utiliseraient pas des services perçus comme de mauvaise qualité. On peut prendre l'exemple de la déperdition des consultations prénatales : bien que le forfait prévoie 4 visites gratuites, il s'avère qu'une proportion de plus en plus réduite de femmes adhérentes au FO effectuent les visites successives : sur l'année 2015, dans les CS de Nouakchott, 100% des femmes inscrites au forfait sont venues à la première CPN, 72% à la deuxième, 45% à la troisième, et seulement 22% à la quatrième. Perception négative de l'accueil ? Fatigue du transport et de l'attente ? Déception de l'absence de médicaments ? Exaspération vis à vis des demandes financières réitérées ? Sentiment d'inutilité de la CPN ? Les données de l'enquête qualitative détaillent la part relative de toutes ces raisons, mais toutes jouent un rôle.

Un indicateur important de la qualité est la pratique du **partogramme** selon la procédure lors du travail – "Le partogramme est l'élément «clé» de la surveillance du travail". Dans les maternités périphériques et en l'absence du personnel médical qualifié, le partogramme reste un instrument de travail d'utilisation aisée permettant aux sages-femmes de suivre l'évolution du travail sur des éléments objectifs et bien entendu de pouvoir en cas de besoin, adresser la parturiente dans un établissement de référence. Or seule une structure sur quatre utilise le partogramme[29] *(*25% selon

29 Enquête SONU 2012

l'enquête SARA[30] qui n'est pas limitée aux zones FO) et seulement une femme sur 5 présentant des complications majeures directes est prise en charge dans une structure sanitaire de référence. Interrogés à ce sujet, les sages-femmes et médecins du Gorgol ont indiqué *« ne plus pratiquer le partogramme depuis quelques années, car la version disponible n'est pas traduite en langues locales…. »*

« On ne les utilise plus car on n'a pas reçu la version en arabe… » (Un médecin-chef du Gorgol)

Initialement l'extension du forfait se faisait sur la base de conditionnalités précises en particulier sur l'amélioration de la qualité des services fournis. Cet objectif d'amélioration de la qualité a permis de mobiliser les moyens du forfait (appui à l'offre) pour améliorer la qualité. Mais l'application de ces critères s'est faite de manière de moins en moins stricte. Dans plusieurs cas les conditions n'étaient pas vraiment remplies. Il semble qu'alors on a sacrifié la qualité pour assurer la quantité. Le PNSR interrogé sur ces évolutions dit n'avoir pas avalisé ce choix, mais indique pour les expliquer une combinaison de manque de supervision, usure des équipements, et relâchement des critères d'accréditation inhérents à l'extension rapide. Cette logique d'accréditation est particulièrement importante mais est difficile à mettre en œuvre dans un mécanisme aussi ciblé que le forfait et pour des actions aussi prioritaires.

« Les règles d'accréditation pour ouvrir de nouveaux centres de santé ou postes de santé au forfait sont de plus en plus ouvertes et de plus en plus influencées par des arguments politiques » (un observateur)

A la différence d'une assurance, il n'est pas possible de rompre le forfait si les conditions ne sont plus remplies.

« Le cas d'une femme avec un arrêt de progression du travail. Le résident est arrivé une heure et demie après l'appel de la sage-femme et a demandé au mari de la patiente de payer un supplément de 20.000 UM pour le bloc opératoire. La femme est entrée au bloc et l'acte a fini par un mort-né frais, malheureusement à cause de la négligence du résident et de la sage femme.. » (une observation au CS Sebkha)

« A Sebkha, la maternité n'a pas de toilettes pour les femmes accouchées. Il faut se débrouiller… » (observation)

« J'ai adhéré au FO pour avoir les médicaments et faire toutes les analyses et l'échographie gratuitement et pour que je bénéficie des services de qualité et enfin pour faciliter ma vie durant la période de grossesse. J'ai dépensé durant cette grossesse 15 OOO UM pour les médicaments. Mes consultations prénatales et postnatales s'élèvent à 5000 UM et mêmes les analyses sont au bout du compte de 3500 UM plus les frais de transports sont de 6500 UM. Le jour de mon accouchement j'ai payé 4000 UM pour l'accouchement, 2500 UM pour l'ordonnance et 400 UM pour le taxi et 3000 pour mon repas. Faites le total… » *(une femme de Sebkha)*

Indiscutablement facteur d'attraction pour les femmes en début de grossesse (pour se rassurer sur la santé du fœtus, l'absence de malformations, et savoir le sexe avant la naissance), **l'échographie** faite au cours de la première CPN, joue un rôle moteur dans l'adhésion au FO. On a observé une augmentation de 53% du nombre des échographies entre 2010 et 2011, alors que le nombre des CPN n'avait augmenté que de 10% et le nombre d'accouchements dans les FOSA forfait de 6% (chiffres du comité de gestion de 2011). Mais on observe deux effets « pervers » : le premier est la tendance à

30 Enquête SARA 2014

ne payer que la première partie du FO car elle contient bien l'échographie, quitte à prendre le risque d'un accouchement à domicile ou à l'acte. Le deuxième effet pervers est le conseil donné par les sages-femmes échographistes de pratiquer d'autres examens au cours de la grossesse et surtout vers la fin. Or ces autres examens ne sont pas inclus dans le forfait (sauf si médicalement indiqués) et sont donc des sources de dépenses supplémentaires pour les patientes, ainsi que des sources de revenus importants pour les prestataires (comme attesté par les médecins-chefs qui n'ont pas pu bénéficier des formations écho et s'en plaignent…)

6.3. Efficience du dispositif

Pour mesurer l'efficience du forfait obstétrical, il faut faire l'inventaire des moyens mobilisés pour obtenir les résultats développés ci-dessus. Il faut donc d'abord analyser les recettes qu'il génère et les dépenses qu'il effectue et ensuite estimer l'importance des frais de gestion.

La difficulté de faire une synthèse des données de gestion

Les outils de gestion mis en place pour les gestionnaires dès le début du projet étaient astucieux mais complexes avec plusieurs tableurs excel liés les uns aux autres. Malgré les efforts de formation effectués par le projet, ils ne sont pas toujours mis à jour correctement dans plusieurs Moughataa (en particulier dans le cumul des données), et les formules ont parfois été effacées (dans un cas, les tableurs initiaux n'ont été jamais restitués à leur état antérieur, ce qui a entraîné l'introduction de tableurs nouveaux et non adaptés). De plus le PNSR malgré ses supervisions, n'apparaît pas en mesure d'avoir des données complètes sur les recettes comme l'indique le Tableau 6.

Tableau 6 : Données financières des forfaits hors Nouakchott disponibles au PNSR

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Néma	Incomplet	OK	OK	OK	Incomplet	Cumul faux	Cumul faux
Timbdra	0 données	OK	OK	0	0	Cumul faux	I
Amourj			0	0	0	I	I
Adel Bagrou							I
Aioun	Cumul faux	Cumul faux	Cumul faux	Cumul faux	I	Cumul faux	I
Kobeni			Ok	OK	OK	Ok	OK
Tintan			OK	I	I	OK	OK
Kiffa	I	I	OK	OK	I	OK	I
Guerou	I	OK	0	0	I	I	I
Aleg	Cumul faux	Cumul faux	Cumul faux	OK	Ok	OK	OK
Bogué		I	OK	Bloqué	I	OK	OK
Mghtalahjar				OK	OK	OK	0
Bababé					OK	OK	OK
M'bagne					OK	Cumul faux	OK
Rosso				0	0	OK	
Boutilimitt					0	0	i
R'kiz					0	Cumul faux	0
Ouad Nagua					0	0	OK
Medrdra					°	0	
Nouadibou	I	I	OK	I	I	OK	Cumul faux
Keur Macène						0	0
Kaedi	I	OK	OK	I	I	Cumul faux	I
Maghama					OK	OK	0
Tidjikdja							I

Les données jusqu'en 2010 étaient disponibles auprès de l'AT lors de l'évaluation à mi-parcours. Il semble que la transmission n'a pu se faire entièrement et que les récoltes ensuite ont été très

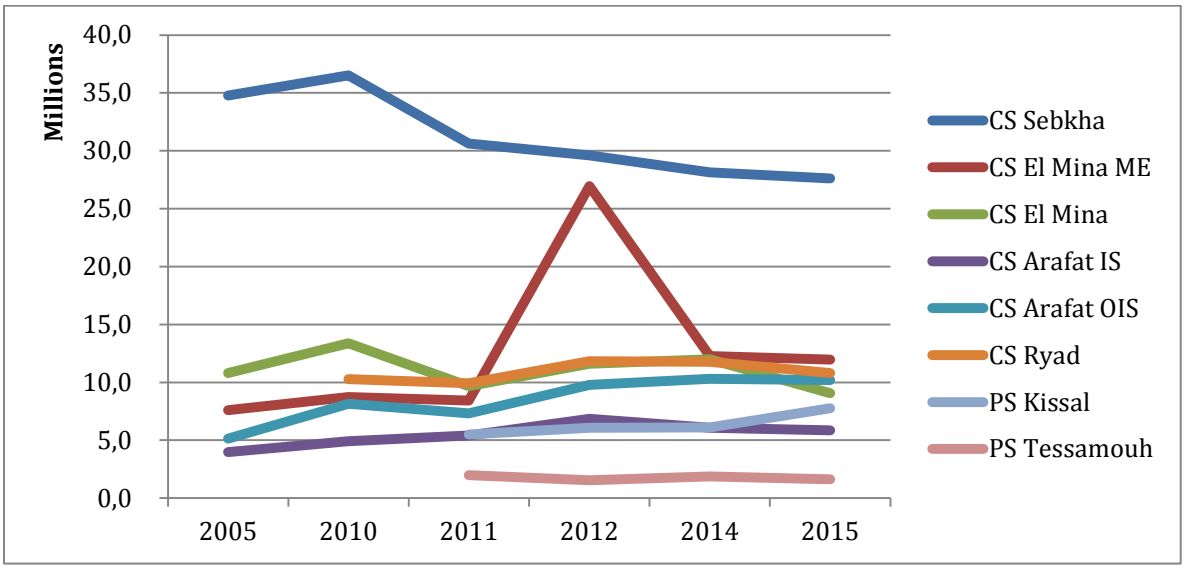
incomplètes. En l'absence de données cumulées annuelles[31], il est difficile de faire une analyse comparative.

A Nouakchott les recettes augmentent plus par l'extension géographique que par l'amélioration du taux d'adhésions dans les zones déjà couvertes

Pour Nouakchott, même s'il manque plusieurs années (2013 en particulier et le chiffre de 2012 pour El Mina semble invraisemblable) la Figure 13 reprenant les recettes du Forfait sur la Wilaya de Nouakchott montre que l'augmentation globale des recettes du forfait à Nouakchott est due surtout à l'ouverture de nouveaux centres en 2010 et 2011 (peu d'augmentation des recettes au sein de chacune des FOSA couvertes par le FO).

Depuis 2010, les recettes de chaque forfait à Nouakchott sont stables et parfois diminuent. A-t-on atteint un plateau ? Ce profil d'évolution (progrès rapides au début et stabilisation ensuite) a déjà été remarqué dans le rapport d'évaluation mi-parcours. Plus inquiétante est la baisse des recettes de Sebkha depuis 2010. Le Ministère a pris conscience des problèmes particuliers à Nouakchott et une réforme est à l'étude.

Figure 13 : Recettes du Forfait à Nouakchott entre 2005 et 2015



Il semble que ce schéma s'applique aussi dans les forfaits hors de Nouakchott mais en l'absence de séries complètes, il est difficile de le confirmer. On remarque juste une baisse des recettes de Nouadhibou ou de Kiffa en 2015 sans pouvoir le relier à une véritable tendance. Il est regrettable de ne pas suivre précisément le montant cumulé des sommes récoltées par le Forfait car celles-ci sont assez considérables (Autour de 100 millions d'UM pour Nouakchott, 30 millions pour Nouadhibou et 10 à 15 millions pour les autres). Cette capacité à récolter des fonds est indéniablement une force du forfait mais une attention particulière devrait être portée par le PNSR à l'efficience de son utilisation.

[31] Il n'a pas été possible d'additionner les données de 60 mois. Dans certains cas le cumul de décembre porte sur l'année mais dans d'autres, le cumul porte sur le début du forfait.

La répartition des dépenses privilégie les primes

L'analyse des dépenses pose les mêmes problèmes. Le partage des recettes est théoriquement effectué selon une clé de répartition uniforme et qui est détaillée dans le Guide de Fonctionnement :

Consommables : reconstitution du stock	40%
Fonctionnement HR	4%
Fonctionnement CS	2%
Equipe du bloc opératoire	7%
Fond de sécurité	2%
Fonctionnement	1%
Prime gestionnaire	3%
Primes	41%

Nous n'avons cependant pas toujours trouvé exactement cette répartition dans les différents forfaits. On pourrait envisager que la répartition ne soit pas uniforme mais des mécanismes clairs de gouvernance sont alors nécessaires ; or ces mécanismes n'existent pas. La nomenclature a aussi changé, rendant difficile l'analyse en série et les comparaisons. Le partage dans les tableaux Excel entre les deux formulations de « la répartition des recettes » et « les dépenses » crée des confusions. Nous avons essayé de simplifier l'analyse en regroupant les grandes rubriques. Le fonctionnement couvre le carburant, l'évacuation et parfois un montant par centre. Les primes s'appliquent au gestionnaire mais surtout à l'hôpital, aux centres et aux postes de santé.

Dans l'exemple ci-dessous de Kiffa (Figure 14), la part des primes est de loin la plus importante et varie suivant les recettes. Les dépenses de médicaments sont relativement stables.

Figure 14 : Evolution des dépenses du Forfait à Kiffa entre 2008 et 2013

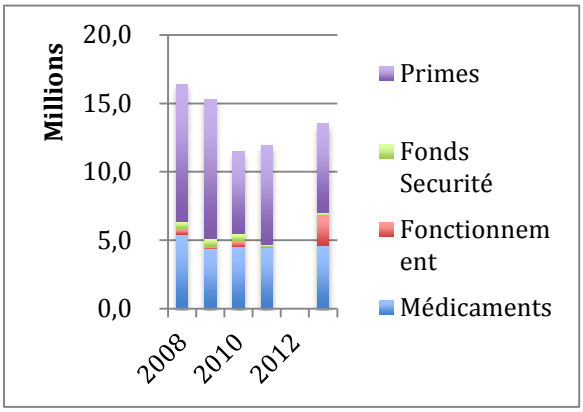
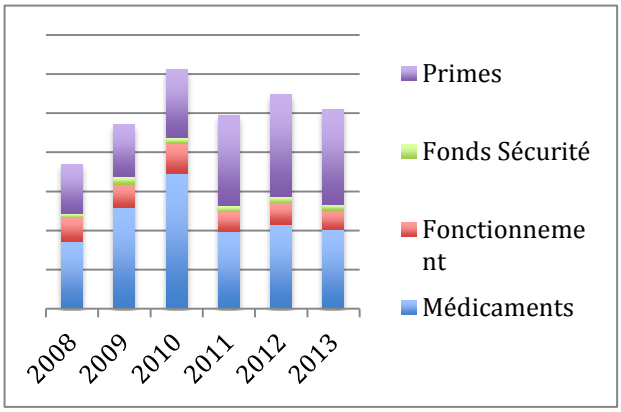
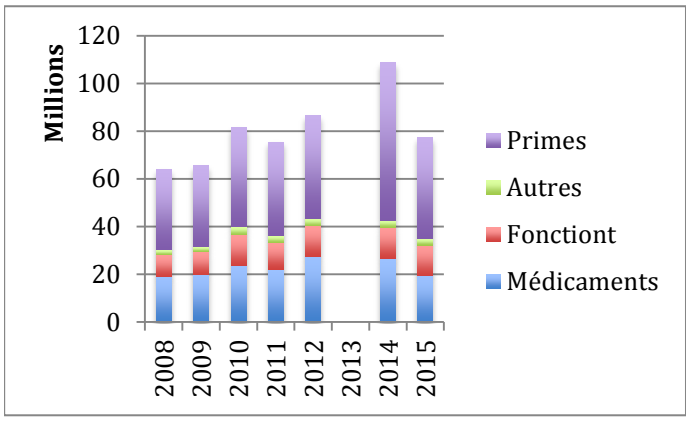


Figure 15. Evolution des dépenses du Forfait à Nouadhibou entre 2008 et 2013



On remarque des évolutions assez différentes à Nouadhibou (Figure 15) et à Nouakchott (Figure 16). On doit s'interroger sur la part plus importante consacrée aux primes dans le second. Les dépenses de fonctionnement sont relativement stables, aux alentours de 15%. Celles du fonds de sécurité (normalement destinés aux indigents) ne sont pas utilisées.

Figure 16. Evolution des dépenses du forfait à Nouakchott entre 2008 et 2015



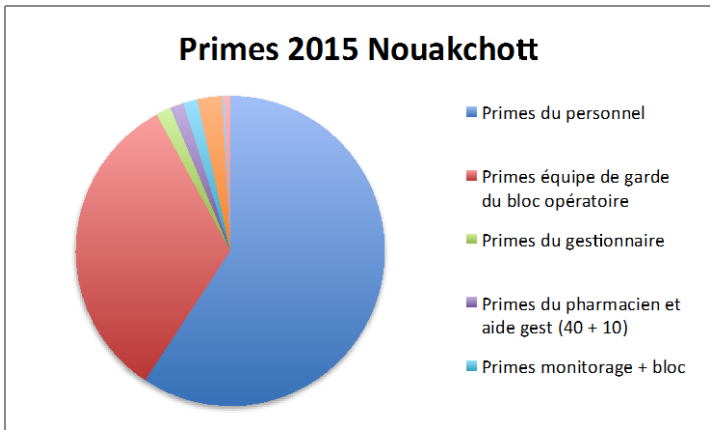
Les primes (et le fonctionnement) sont normalement redistribuées selon

un indice de points d'activité entre les structures et ensuite entre le personnel. Celui-ci n'a pas été utilisé dans plusieurs Moughataa. Il semble qu'en raison de sa complexité, dans plusieurs cas, le médecin chef préfère faire lui-même la répartition et fournit une liste.

A Nouakchott, les primes du bloc opératoire de Sebka (et bientôt de Teyarett, qui est supposé proposer prochainement le FO) pèsent pour une part très importante (graphique N° 15). La particularité de Nouakchott est d'avoir des primes fixes et non en proportion des revenus comme dans les autres Wilaya. Cette situation peut poser problème si les recettes baissent et nous paraît contraire avec la logique de financement en fonction des recettes générées dont s'inspire pour une part le forfait.

La difficile répartition des ressources avec l'hôpital pose problème

Figure 17. Distribution des primes allouées par le forfait à Nouakchott en 2015



Il est intéressant d'analyser la situation respective des budgets (recettes comme dépenses) des forfaits quand le forfait couvre à la fois un centre de santé et un hôpital (ce qui est le cas dans chacune des Wilaya). Etant donné l'impossibilité d'avoir ces données cumulées pour plusieurs années, nous avons procédé à un coup de sonde pour décembre 2013 dans 3 moughataas (Aleg, Kiffa, Kaedi) de 3 Wilaya en comparant l'activité du centre de santé et de l'hôpital, enregistrée dans les documents de gestion (Tableau 7).

Tableau 7. Origine du budget du Forfait dans les Moughataa dans lesquelles il y a un hôpital en 2013

	ALEG				KIFFA				KAEDI			
	Centre santé		Hôpital		Centre santé		Hôpital		Centre santé		Hôpital	
Dec 2013	Forfait	**Actes**	Forfait	**Actes**	Forfait	**Actes**	Forfait	**Actes**	Forfait	**Actes**	Forfait	**Actes**
Nb forfait	**68**		**78**		**118**		**89**		**62**		**38**	
CPN	243	85	160	1	328	63	325	58	159	37	153	28
Examens	59	34	121	173	245	1	85	1	256	10	152	60
Hôpital			36	13			6	23			164	21
Accoucht			99	50	66	47	144	64	38	14	66	54
Cesariennes			125	6			6	7			3	3

Note : le CS d'Aleg ne pratique pas les accouchements, qui se font à l'hôpital, pour des raisons d'infrastructure

On remarque que l'hôpital et le centre de santé récoltent souvent un nombre comparable de forfaits alors que les forfaits ne sont normalement vendus que dans les centre de santé. Le nombre des CPN sous forfait est bien plus élevé que celles par acte aussi bien dans le centre de santé que dans l'hôpital. Mais celles-ci restent importantes dans l'hôpital. Sans analyse de l'évolution nous pouvons confirmer le résultat de l'analyse de l'IRD qui indiquait que le FO aurait ramené les femmes vers le niveau primaire. Le recours aux examens restent très important dans l'hôpital sans doute du fait de l'équipement des laboratoires hospitaliers plus sophistiqués. Ce ne peut être un indicateur de qualité car ces données ne portent pas sur le même nombre de patients. Il est probable que le forfait permet un meilleur suivi des CPN et des examens. Mais l'hôpital pratique encore beaucoup d'accouchements et d'examens payés à l'acte. Le principe initial du dispositif est de collecter aussi

bien les recettes du forfait que celles des actes afin d'éviter une fuite des recettes. Mais il était attendu que progressivement l'essentiel de l'activité santé maternelle se ferait sous le forfait. En fait dans la pratique, les actes rapportent toujours en 2013 une grande part des recettes dites du forfait comme le montre le Tableau 8 ci-dessous :

Tableau 8. Recettes et dépenses du forfait dans 3 Moughataa dans lesquelles il y a un hôpital régional en déc 2013

Dec 2013	ALEG		% du total		KIFFA		%		KAEDI		%	
millier MU	CS	Hopital	CS	Hôpital	CS	Hopital	CS	Hôpital	CS	Hôpital	CS	Hôpital
Recettes	**379**	**1210**	**des recettes**		**652**	**821**	**des recettes**		**389**	**594**	**des recettes**	
Forfait	284	379	18%	24%	519	307	35%	21%	323	204	33%	21%
Actes	95		0%	52%			9%	35%	66	390	7%	40%
Accoucht		178			94	183			28	92		
Cesariennes		240				140				60		
Autres		413			39	191			38	238		
Dépenses	**283**	**661**	**des depenses**		**334**	**569**	**des depenses**		**179**	**373**	**des dépenses**	
Fonctiont	79	232	8%	25%	73	147		16%	?	?		
Bloc						117		13%		134		24%
Primes	204	429	22%	45%	261	305	29%	34%	179	239	32%	43%
Taux recouvt	*75%*	*55%*			*51%*	*69%*			*46%*	*63%*		

L'hôpital collecte beaucoup plus de recettes que le centre de santé. Mais cette différence apparaît essentiellement attribuée aux actes, en particulier les examens mais aussi les accouchements et les césariennes des personnes n'ayant pas cotisé au forfait, un nombre important car en fait dans les régions dites couvertes beaucoup de FOSA ne sont en fait pas intégrées dans le forfait.. Dans les centres de santé, la recette provient essentiellement du paiement forfaitaire. Si plus de la moitié des recettes proviennent des actes comme cela semble être le cas dans ce coup de sonde, toute la logique du forfait se trouve remise en cause. Ce problème important mériterait une étude approfondie que nous ne pouvions faire dans les délais impartis.

Une part plus importante des dépenses est attribuée aux hôpitaux pour les primes et leur fonctionnement. Le taux de recouvrement (recettes/dépenses) est souvent meilleur pour l'hôpital. Le sentiment de frustration exprimé par plusieurs directeurs d'hôpital et signalé dès l'évaluation à mi-parcours du projet CMR 1127 objet de la présente évaluation s'explique plus par rapport aux recettes que pourrait virtuellement faire l'hôpital avec une autre tarification que le forfait. Mais il est probable qu'avec cette autre tarification la fréquentation serait bien différente.

Le reste des dépenses correspond aux dépenses en médicaments mais les outils de gestion utilisés actuellement ne permettent plus de mesurer la valeur de médicaments affectée à l'hôpital par rapport aux centres de santé. Un outil existait en 2011 mais ne semble plus être enregistré par le PNSR et nous n'avons pu le voir sur le terrain. Une analyse plus précise de cette répartition, tout comme une étude plus systématique des budgets des forfaits incluant un hôpital pourrait être très utile pour préparer une relation contractuelle qui est préconisée dans le rapport d'évaluation mi-parcours et qui a été reprise dans le dernier projet.

La situation est très différente dans les postes de santé où la plupart des recettes sont les paiements de forfaits mais les sommes sont bien plus modestes.

Des problèmes importants pour le suivi de gestion

Le mécanisme du forfait apparaît capable de récolter annuellement des sommes importantes (de 30 000 à 100 000 euros en périphérie et plus de 300 000 euros à Nouakchott). Les frais de gestion au niveau des Moughataa demeurent une portion modeste de ces dépenses (autour de 10%) et la plupart des gestionnaires de forfait sont motivés même s'ils auraient souvent besoin d'appui

technique. Le suivi de la gestion de ces montants apparaît essentiel à la fois pour permettre un suivi statistique intéressant et aussi dans un souci de transparence financière.

Lors de l'évaluation mi-parcours, il avait été signalé l'absence de comptes caisse ou Banque qui permettraient de retracer facilement les flux financiers (en particulier ceux venant de chaque FOSA qui n'apparaissent que sous forme de piles de reçus). La nécessité d'améliorer la gestion a été reconnue alors par l'Assistant technique en 2011 qui a effectué une dernière mission pour la formation des gestionnaires. Un guide de fonctionnement du forfait a été écrit. Il est très précis et détaillé mais son application semble encore difficile. Un audit a eu lieu en 2012 sur les comptes de 2010 et n'a pas pu exprimer une opinion sur la plupart des bilans pour les raisons suivantes (Tableau 9) :

Tableau 9. Remarques des auditeurs pour le FO en 2010

Audit de certains forfaits en 2010	Nouakchott	Nema	Timbedra	Kiffa	Bogué
Pas d'exhaustivité des recettes	X	X	X	X	X
Mauvais classement de pièces			X		
Absence de la justification de la trésorerie	X				
Non communication Relevés bancaire	X				X
Dépenses pas présentées intégralement			X		
Solde banque < solde bilan (UM)			2 038 582	434 258	

A notre connaissance, il n'y a pas eu de suite donnée à ce constat inquiétant. Des ajustements apparaissent souvent sur les bilans mensuels car les montants théoriquement obtenus avec les prix ne correspondent pas toujours aux entrées de caisse. Ces différences s'expliquent probablement mais doivent néanmoins être suivies. Par contre la non-concordance entre le bilan et le solde banque pour des montants plus importants sont particulièrement graves. Les supervisions n'ont pas permis d'améliorer ces outils et certains gestionnaires se plaignent d'un manque de suivi du PNSR sur ces aspects financiers.

L'AMO qui n'a commencé qu'en novembre 2015 devrait avoir pour fonction l'amélioration des outils de gestion. Un statisticien économiste de la santé doit aussi apporter un support au PNSR. Il est en train d'établir une application informatique permettant de lier ces données (activités, recettes, dépenses..). Mais auparavant il est indispensable d'établir une base de données simple avec tous ces tableaux, de retrouver les données manquantes, d'effectuer les cumuls par an et d'en faire une véritable analyse. Sans cela les outils les mieux informatisés resteront vains.

La gestion des médicaments est peu transparente

La gestion des médicaments est un problème essentiel car ils constituent le nerf du forfait. Les gestionnaires du forfait ont le privilège (par rapport aux centres de santé) de pouvoir acheter les médicaments hors CAMEC qui aurait parfois des ruptures de stocks. Cette facilité peut avoir un impact sur les prix (à la hausse) mais aurait initialement pour but d'assurer une meilleure disponibilité des médicaments (peut être aux dépens de la qualité !). Dans plusieurs centres de santé de Nouakchott cependant, le contraste est saisissant entre les stocks presque vides (depuis 6 mois) du forfait et les stocks du recouvrement des coûts mieux fournis (voir photos). Cette situation est aussi choquante en comparaison avec le montant des budgets de médicaments enregistrés dans les tableurs. Les médicaments seraient achetés à un unique grossiste qui aurait l'avantage de livrer progressivement en avance. Ce système initié au début du forfait n'apparaît plus justifié et l'absence d'un outil clair pour suivre et valoriser la répartition des dotations par centre (soit pour combler « les trous », soit une dotation standard liée à l'activité) pose de plus en plus de problèmes.

Cette situation particulière de Nouakchott est d'autant plus surprenante que dans les autres Wilaya les stocks de médicaments semblent bien mieux approvisionnés en utilisant essentiellement la CAMEC. Nous n'avons pu suivre la gestion des médicaments en périphérie mais l'impression est mitigée. La présence d'un stock séparé a permis d'assurer une attention particulière aux médicaments du forfait mais a rendu la gestion plus complexe. En cas de pénurie, il est difficile de maintenir une telle séparation de stocks comme dans un programme utilisant des produits spécifiques. La politique nationale s'oriente plus vers le renforcement des stocks au niveau des Wilaya (avec le soutien du FNUAP) que des stocks au niveau de chaque Moughataa (les médicaments sont souvent dans l'ancien stock du district qui ne fonctionne souvent plus bien).

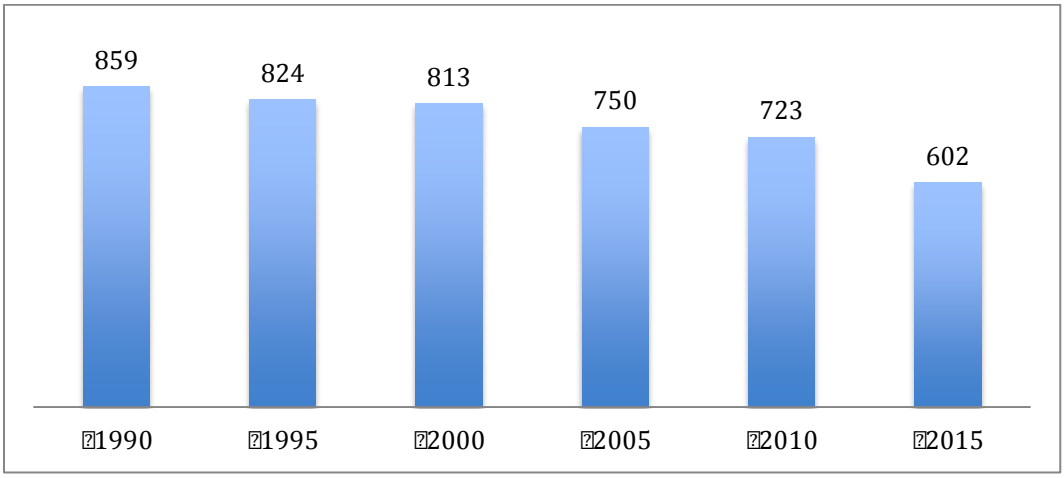
Le pari du mécanisme du forfait était celui d' une structure plus souple et d'une implication de la société civile pour assurer un certain contrôle. Mais avec les années, ce statut informel pose de plus en plus de problèmes de contrôles. Les comités de gestion se réunissent peu souvent et ne semblent en mesure d'exercer ni un contrôle ni un contre-pouvoir. Ainsi les gestionnaires sont pour la plupart sous l'autorité du Médecin chef qui est parfois le véritable gestionnaire, créant un conflit d'intérêts que le forfait voulait éviter. Le mode de gestion devient alors un peu comparable à celui du recouvrement des coûts même si le mode de paiement et les outils de gestions sont plus élaborés. Le forfait a-t-il permis de relancer dans certaines structures le recouvrement des coûts qui a toujours eu du mal à s'implanter et qui a souvent périclité ? Il est difficile de répondre dans le cadre de cette mission courte et ce n'était pas en tous cas l'objectif premier du forfait. En tous cas on peut se demander si l'externalisation de la gestion du médicament a vraiment rempli son objectif d'améliorer la disponibilité des médicaments.

6.4. Impact du dispositif

L'impact du dispositif sur la mortalité maternelle ne peut être mesuré

Nous considérons la mortalité comme un impact possible du FO, et non comme un résultat. Fer de lance des documents de base et des cadres logiques, l'impact sur la mortalité est impossible à démontrer, comme détaillé plus haut, car les méthodes de mesure sont très peu sensibles et la question de l'enregistrement des décès toujours non résolue. L'évolution du ratio de mortalité maternelle national entre 2000 et 2015 (de 813 à 602 pour 100 000 naissances vivantes) selon les estimations du Groupe Inter-Agences (IAG) de suivi de la mortalité maternelle, ne peut en aucun cas être attribuée à l'un ou l'autre facteur, en raison de la multi-factorialité de la mortalité maternelle (Figure N° 18).

Figure 18. Estimations des ratios de mortalité maternelle (pour cent mille naissances vivantes) entre 1990 et 2015.



Source : Trends in Maternal Mortality 1990-2015, WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank and UN Population Division, Genève 2015

On pourrait s'intéresser à l'évolution du nombre de décès maternels intra-hospitaliers, si tant est que les rapports du SNIS les compilent avec assez de soin. Mais on trouve dans le Tableau 10 des variations de forte amplitude (par exemple entre 2003 et 2004, ou entre 2012 et 2013) qui ne peuvent pas être expliquées par la clinique. Le « système d'enregistrement » des décès n'est manifestement pas suivi partout.

Tableau 10. Evolution du nombre de décès maternels enregistrés par les hôpitaux et formations sanitaires publiques (source : Annuaires statistiques de santé SNIS)

	Nr de décès maternels enregistrés		Nr de Morts-nés frais	
	par le SNIS	par le PNSR	selon le SNIS	selon le PNSR
2002	102			
2003	494			
2004	47			
2005	96	20		
2006		52		
2007		63		
2008	180	69		
2009	81	66	464	
2010	200	89	484	
2011	246		434	
2012	407	30	568	60
2013	158	11	524	57
2014	230	12	552	31
2015	ND	07		21

Le PNSR a conduit deux ateliers d'audit des décès maternels en 2013, l'un avec l'appui de l'OMS pour l'élaboration des directives nationales sur les Audits des décès maternels, y compris la déclaration obligatoire et l'intégration de la surveillance des décès maternels dans le système de Surveillance des Maladies Intégrés et de la riposte (SMIR), l'autre étant un atelier de formation des formateurs sur l'audit des décès maternels, cette fois organisé par la cellule d'accélération et du suivi des OMDs, animé par un consultant international. Un plan commun définissant les prochaines étapes du processus a fait l'objet d'un consensus entre le PNSR, la DLM, la cellule OMD, l'ASFM, l'ASMAGO, et la SOMAUPED.

Il semble que les audits de décès maternels aient commencé sur les hôpitaux de Nouakchott depuis plusieurs années sous l'impulsion de l'ASMAGO (communication personnelle), mais les DRAS et les hôpitaux régionaux visités ont tous confirmé que les audits n'avaient pas commencé en raison d'un manque de guidance technique et surtout de guidance opérationnelle, personne ne souhaitant prendre l'initiative. Les DRAS ont bien reçu les circulaires rendant obligatoire la déclaration des décès maternels et la tenue d'audits, l'Arrêté N° 1134 du 6 Juillet 2015, transmis par la lettre 1294 d'Août 2015.

L'impact du dispositif sur la mortalité néonatale n'a pas de sens

L'équipe de l'IRD en *2014 a conclu « De façon inattendue, la diminution de la mortalité néonatale tardive est significativement plus importante dans les Moughataa qui n'offrent pas le FO (2 fois plus importante) comparée aux changements dans les Moughataa où le FO est disponible, même si l'on reste dans des diminutions de taux très faibles »*

Pour mesurer correctement un impact, il faudrait d'abord assurer l'enregistrement de **toutes** les naissances et de **tous** les décès néonatals, en notant bien l'âge au décès. Les estimations de l'UNICEF et les résultats des enquêtes MICS laissent supposer que la moitié des naissances étaient

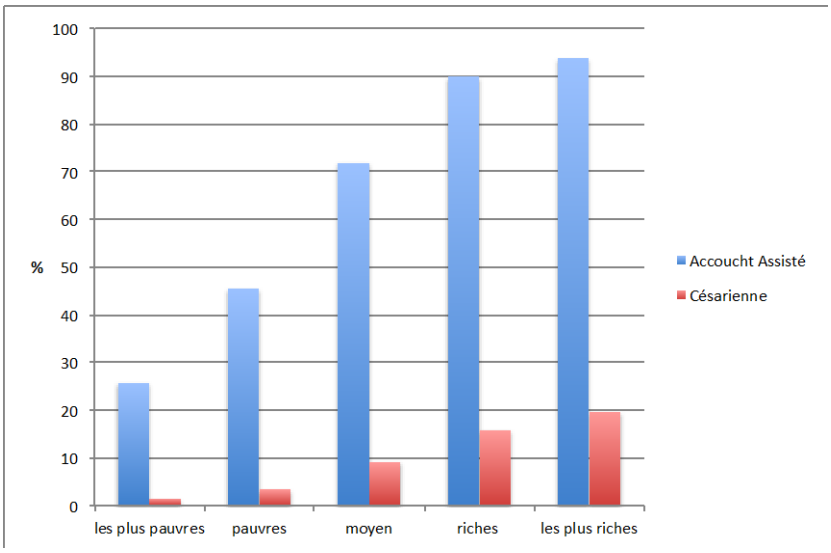
en effet déclarées dans les années 2010-2012, mais ces estimations n'abordent pas le taux de déclaration des décès néonatals (même dans les enquêtes de population), et encore moins la question des décès néonatals précoces (moins d'une semaine) et très précoces (moins de 24 heures).

Il a déjà été mentionné plus haut que le choix de ces indicateurs d'impact (mortalité maternelle et mortalité néonatale) n'était pas pertinent dans le cadre du système de santé mauritanien en l'état actuel.

On ne peut pas mesurer l'impact du Forfait sur l'équité d'accès aux SONU

Le dispositif n'était pas conçu pour cibler les plus pauvres mais pour élargir la couverture et faciliter l'accès financier à la prise en charge des complications. On ne pouvait pas s'attendre à une meilleure équité sans que d'autres mesures d'accompagnement ne soient mises en place parallèlement. L'enquête MICS 2011 a été l'une des rares enquêtes auprès des ménages donnant des indications sur la distribution des services de santé selon les quintiles socio-économiques. Elle évalue autant la situation des familles utilisant le FO que celles ne l'utilisant pas. Le graphique N° 19 ci-dessous propose une approche de ce gradient concernant l'accès aux SONU : accouchements assistés et taux de césariennes. Le gradient est très disparate autour des valeurs moyennes : 64,5% des accouchements assistés dans les FOSA et 9,6% d'accouchements par césarienne. L'indicateur de césarienne révèle un excès de césariennes programmées chez les riches et un déficit de césariennes d'urgence chez les pauvres, ce qui confirme l'existence d'inégalités de classe que le dispositif forfait n'a pas pu (ou pas su, ou n'avait pas vocation à) atténuer. On constate pour les deux interventions (accouchement assisté et accouchement par césarienne) que le gradient est constant entre les quintiles, suggérant par contre soit que le FO ne joue pas vraiment de rôle dans l'accessibilité économique (possiblement du fait des problèmes d'efficacité décrits plus haut), soit que sa couverture effective est encore insuffisante pour faire une différence. Il sera intéressant de comparer ces chiffres avec ceux de l'enquête MICS 2015 lorsqu'ils seront disponibles, puisque la forte adhésion au FO devrait influer sur les chiffres globaux, et que le MICS 2015 fera la différence entre accouchements sous forfait et sans forfait.

Figure 19. Gradient socio-économique dans l'accès aux soins obstétricaux de base (accouchement assisté dans FOSA) et d'urgence (césarienne) ; MICS 2011



Plusieurs personnes interviewées, surtout parmi les organisations de la société civile (associations à base communautaire) ont indiqué que le dispositif forfait ne touche pas les plus pauvres (indigents, migrants, minorités), car les fonds de sécurité ne sont pas mobilisés.

« Lorsqu'on tombe sur une indigente, on regarde d'abord ses possibilités, et on s'en occupe, mais au coup par coup. C'est un paiement à l'acte, « on se débrouille » pour la rémunération des actes. Parfois on ferme les yeux… » (un médecin chef du Gorgol)

Les gestionnaires de leur côté ont confirmé que les « Fonds de Sécurité » prévus dans les recettes du forfait (4% en principe) n'étaient pas utilisés pour couvrir les frais des indigents. (un problème que l'on retrouve souvent dans les expériences de recouvrement des coûts) Les entretiens n'ont pas permis de déterminer si la cause en était une crainte de voir trop d'indigents de présenter, ou la faiblesse des fonds disponibles. Plusieurs responsables hospitaliers ont parlé de gérer les cas de complications survenus chez les indigents « au cas par cas, avec l'accord des chefs d'établissements ». Il est à supposer que soit ils ont à leur disposition une caisse dotée par des bénévoles de la communauté, soit ils demandent aux prestataires un effort spécial non rémunéré.

Pour mesurer l'impact ou non sur l'équité, on pourra établir les gradients d'accès aux services de santé selon les quintiles socio-économiques comme il a été fait plus haut (Graphique N° 19) en utilisant les données des enquêtes MICS 2011 et MICS 2015, lorsque ces dernières seront disponibles. On pourra alors voir s'il y a eu atténuation ou au contraire augmentation des gradients.

Les résultats de l'enquête quantitative sur l'impact de la disponibilité du FO -menée par l'IRD en 2014 (résultats à l'été 2015)- ont montré que le Forfait touchait des femmes pauvres mais pas les plus pauvres[32]. L'assistance technique avait commencé une enquête sur les dépenses causées par l'accouchement, calculées à partir des coûts des différents actes. L'enquête présente montre l'importance des autres paiements. Ces études de dépenses doivent donc être poursuivies mais ne peuvent pas se faire seulement dans le cadre de cette évaluation.

De façon générale, les systèmes d'exemptions de paiement touchent difficilement les personnes les plus pauvres qui ne sont pas en mesure de les demander. Normalement le Ministère des affaires sociales, de l'enfance et de la famille (MASEF) est en charge d'identifier les indigents et de prendre en charge leurs soins. Des projets sont en préparation pour améliorer son rôle mais pour la fixation des critères, la peur d'englober trop de « faux positifs » contribue aussi à augmenter les faux négatifs, ceux-là même qui ont la principale cible de santé publique.

Au vu de la difficulté dans tous les pays de déterminer l'indigence et qui y appartient, les pays voisins (Burkina Faso tout dernièrement) ont opté pour la gratuité complète au point de délivrance des services de santé maternelle. L'important n'est pas de sélectionner les plus pauvres mais de créer un mécanisme de financement de ce paquet prioritaire.

Le forfait n'a eu qu'un impact marginal sur les sages-femmes

Les sages femmes sont essentielles si, comme attendu, elles sont compétentes et habilitées à prendre des décisions vitales en cas de complications. C'était un des postulats de base du FO. Cependant, on observe que trop souvent cette compétence fait défaut, que les -sages-femmes sont mal ou non formées, non habilitées, trop focalisées sur des tâches administratives (« SF-point focal, SF-chef, SF-Surveillante »). Au lieu d'assumer les taches obstétricales, elles les délèguent trop souvent à des accoucheuses, lesquelles sont appelées à disparaître puisque leur formation n'est plus autorisée Le dispositif FO ne semble pas avoir de liens avec les instituts de formation ni avec l'association des SF, qui devraient jouer un rôle moteur et de supervision, ni avec les sites de pratique clinique pour la formation continue. Les accoucheuses, sommairement formées jusqu'en 2013, continuent à être les chevilles ouvrières, avec des compétences limitées.

« Les sages-femmes ne font pas les gardes car elles ne reçoivent pas de compensations. Même si on ne fait plus de formations d'accoucheuses depuis 2013, on continue à les utiliser pour les gardes de nuit et

[32] *AFD-DDH/SAN Bilans et perspectives sur le Forfait Obstétrical (FO) 17 09 2015*

de week-end, et leurs compétences ne sont pas vérifiées ni mises à jour formellement. C'est grave parce que les complications arrivent la nuit. » (OMS Mauritanie)

Le concept même du Forfait impliquait un impact positif sur le nombre et la répartition des sages-femmes dans les formations sanitaires, en particulier dans les plus périphériques et les plus isolées, un impact sur leurs compétences, et un impact sur leur satisfaction au travail. Une étude comparative de ces paramètres serait utile pour contribuer à l'évaluation du dispositif. Bien que la comparaison avec/sans FO n'ait pas été faite sur le sujet du recours aux accoucheuses auxiliaires pour assurer les accouchements et l'essentiel des gardes de nuit, ce reouurs n'est absolument pas justifié, dans aucun système de santé. D'où la recommandation d'investir dans la formation, la répartition, et le maintien de compétences des sages femmes diplômées

> *« Oui on a plus de 400 sages femmes dans le pays , mais plus d'un quart ne pratiquent pas et plus de la moitié ne font pas d'obstétrique d'urgence. Elles recherchent les postes administratifs… » (Un responsable des Ressources Humaines)*

Dans le tableau N° 11, on observe en 2014 une inversion des proportions avec un déficit de -sages-femmes dans les régions « de l'intérieur » et un excès par rapport aux structures de santé dans la Wilaya de Nouakchott. On n'a donc pas progressé dans cet objectif initial, et il semble que les primes ne suffisent pas…

> *« Les primes ? Elles payent un diner un soir par mois, pas plus ! Ce n'est pas ça qui nous pousse à travailler… (une sage femme d'Arafat)*

La question des migrations des sages-femmes (et des médecins) vers les grandes villes, et des postes de santé vers les centres de santé, n'est pas facile à explorer statistiquement. On n'a pas trouvé à la Direction des Ressources Humaines du MS des données exploitables sur les migrations des sages-femmes ni sur les variations de la distribution géographique des personnels tels que sages-femmes d'année en année.

Tableau 11: Répartition en fin 2014 des sages femmes (SFE) au niveau de certaines Moughataa (source : PNSR).

Moughataa	Sages femmes	Nombre de Structures (FOSA)
Oualata (HEG)	0	5
Barkéol (ASSABA)	0	21
Kiffa (ASSABA)	3	31
Ouad Naga (TRARZA)	2	11
Teyaret (NKT)	18	5
Ksar (NKT)	21	4
Dar Naim (NKT)	22	10

Des indications individuelles lors des conversations ont suggéré une tendance à la migration des personnels de santé (médecins, SF) vers les FOSA-FO pour bénéficier des primes. Mais il n'y a pas de mesure possible de l'augmentation des prises en charge obstétricales comparativement aux FOSA-Non-FO.

Y a-t-il des effets pervers du dispositif FO ?

En contrepartie de ses effets bénéfiques sur l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence, le dispositif Forfait a contribué à la marchandisation de la santé, en capitalisant sur le recouvrement des coûts, en négligeant les filets de sécurité pour les indigents, et en laissant s'installer une attention croissante sur les primes de motivation systématiques des prestataires à tous niveaux. Plusieurs personnes interviewées ont confirmé la prééminence de la prime sur la qualité du travail, tout en prétextant que le montant de ces primes ne justifie plus l'effort en faveur de la qualité, ni de la présence au travail.

« Le Forfait se définit donc comme un échange de services, sur une base monétaire et tarifée dans ses moindres détails ne laissant plus de place à l'"acte gratuit" » (Un responsable du MS)

« Notre métier de sage-femme ne nous a jamais fait vivre. La plupart partent dans le privé, ou font autre chose… Mais il n'y a plus de conscience professionnelle » (sage femme d'une ONG)

Lié à ce qui précède, on assiste à une « déshumanisation » progressive de la prise en charge des parturientes, que ce soit pour les accouchements normaux ou pour la gestion des urgences (lesquelles ajoutent un élément de stress, donc de violence verbale et physique) : Quelle est la place de l'accueil ? du sourire ? du bien-être ? dans les relations soignant-soigné. Le manuel de gestion du forfait n'aborde pas ces questions.

« J'ai un problème de communications (je parle le wolof) donc je n'arrive pas à comprendre le fonctionnement du carnet (ce que je dois payer en plus des 5500 UM) » Une femme de Kaedi

Mais peut-on dire que cette déshumanisation est un effet pervers du forfait ? Elle existait avant le forfait, comme l'attestait l'enquête MOMA[33], en tous cas la mise en place du forfait a semble-t-il apporté une « discrimination » entre les clientes ayant acquitté le forfait à moindre coût, donc regardant à la dépense, et celles acceptant le paiement à l'acte, plus dignes d'intérêt. Ceci est particulièrement vrai pour l'admission dans les hôpitaux, depuis qu'ils sont libres de fixer leur recouvrement des actes.

« Avant on pouvait faire un bilan biologique complet en début de grossesse, maintenant c'est juste le groupage » (une sage-femme de Kaedi)

L'un des effets pervers du recouvrement des coûts souvent mentionné dans les entretiens est le désengagement de l'Etat (Ministère de la Santé) qui considèrerait que les FOSA récoltent suffisamment de fonds par elles-mêmes, et n'ont pas besoin d'appuis financiers complémentaires. Face aux budgets limités de l'Etat dans son appui au PNSR, on peut se demander si le forfait n'est pas devenu un prétexte à un certain désengagement financier du niveau national Cet impact possible doit être à l'esprit des négociations des bailleurs pour l'élaboration de nouveaux projets.

Impact du dispositif sur le système de santé mauritanien

L'introduction du FO a t'il eu un impact sur le système de santé mauritanien ? Manifestement, au moment de son lancement dans une nouvelle moughata, le dispositif FO apporte un "plus" au système de santé existant, du moins à quatre des 6 piliers classiques décrits par l'OMS.

1. En renforçant les ressources humaines (sages-femmes, laborantins, pharmaciens, gestionnaires),

2. En renforçant la prestation de services dans le domaine maternel, incluant les consultations, les accouchements assistés, l'introduction de l'échographie, l'amélioration du système de référence en cas d'urgence (fourniture d'ambulances et chauffeurs, moyens de communication),

3. En élargissant l'accessibilité aux soins maternels par le paiement anticipé forfaitaire,

4. En fournissant équipements, consommables et médicaments.

Le constat est moins positif en ce qui concerne l'information sanitaire (création d'un système parallèle et non coordonné avec le SNIS), et la gouvernance (création d'un système parallèle et mal coordonné avec le système national).

[33] Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (dirs. de publ.). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, APAD-Karthala, 2003.

Le constat est moins positif aussi en ce qui concerne le long terme, puis que c'est justement la détérioration progressive de plusieurs de ces "piliers" qui cause la désaffection et le ralentissement des adhésions.

6.5. Viabilité/durabilité

L'intégration dans la politique nationale n'est pas assez explicite

Le dispositif Forfait a fait l'objet d'une circulaire d'encouragement (reproduite en annexe 2) de la part du précédent Ministre de la Santé en 2011. La mission n'a pas détecté d'autres messages d'encouragement destinés aux officiels périphériques, à l'exception des incitations à couvrir 100% des FOSA avant la fin de 2020 dans le Plan Stratégique de Santé Reproductive 2016-2020). Le PNDS (2015-2020) mentionne une seule fois le forfait, au milieu d'une liste de mesures pour faciliter l'accès financier. On peut souhaiter qu'il soit développé dans la révision qui doit être publiée bientôt. La mission n'a pas pu rencontrer le nouveau Ministre de la Santé pour sonder ses intentions.

On ne peut pas dire qu'il s'agisse vraiment, comme l'indique le document de projet CMR 1146, d'une politique nationale de couverture du risque obstétrical. Il s'agit plutôt d'une expérience soutenue et appréciée de facilitation de l'accès financier, qui mérite attention, et qui pourra être étendue à l'ensemble du pays dans le futur.

L'ancrage institutionnel est encore fragile

Le suivi du forfait est effectué depuis le début par le PNSR, un programme technique comme il en existe plusieurs autres au Ministère de la Santé (il y a dix programmes du type du FO au sein du PNSR, et de nombreux autres au sein de la DSBN). Ces structures qui n'ont pas d'autonomie juridique, ont souvent été créées à l'initiative des bailleurs (ici à la suite de la CIPD de 1994) et sont normalement directement liées à une Direction, ce qui fait souvent l'objet de débat. Le PNSR dépend de la DSBN qui est en fait théoriquement l'organisme politique responsable du forfait même si celui-ci concerne aussi des aspects propres à la Direction des hôpitaux. Ces programmes permettent de dépasser le cloisonnement administratif qui a été dénoncé par l'audit institutionnel mais ne facilite pas la communication avec le Ministère. Les faiblesses du PNSR, dont l'activité principale est maintenant le suivi du forfait, sont bien connues (voir constats du groupe Qualité des Soins en 2010) et il n'est pas certain que cet ancrage facilite l'intégration du forfait dans la politique nationale.

La non-Intégration des données du forfait dans le SNIS apparaît révélatrice. Jusqu'en 2014, il n'y a aucune mention du FO dans le rapport annuel du SNIS. Les données collectées par le forfait peuvent être très utiles pour la politique nationale mais ne sont pas vraiment utilisées. En créant un système parallèle de collecte d'informations, on risque plutôt d'affaiblir que de renforcer le SNIS. La Direction de la Planification et de l'information sanitaire (DPCIS) considère que le suivi statistique doit être opéré par le SNIS. L'Annuaire Statistique de 2015, non encore publié, devrait ouvrir la voie dans ce sens.

> *« La mise en place de la gestion du forfait a été utile : elle a servi de locomotive à la gestion des Centres de Santé), maintenant on voit des statistiques de SMI dans les Moughataa, c'est un bon point. Mais le SNIS ne les prend pas en compte, alors ?... (AECID).*

L'ancrage au niveau régional était une option pertinente mais l'intégration des Directions Régionales (DRAS) en particulier pour le suivi et la circulation des informations semble demeurer très limitée (bien que la mission n'ait pas visité plusieurs bureaux régionaux). Le suivi est centralisé au niveau du PNSR et les procédures en place ne facilitent pas l'implication des directions régionales.

On trouvera en annexe 6 un ensemble de remarques faites en 2010 sur les problèmes relevés par le Groupe de Travail sur le Forfait : ils sont identiques aux problèmes relevés dans cette évaluation. Ce constat interroge la réactivité du système pour se renforcer.

L'absence d'une véritable autonomie financière

L'extension du FO se heurte aux limites gestionnaires du PNSR : une seule personne coordonne la mise en œuvre, et elle est débordée.

Au niveau central, l'appui en matière de gestion et de statistique intégré au nouveau projet financé par l'AFD, qui est en cours (AMO, Appui à la Maîtrise d'Ouvrage, Appui technique au PNSR), ne peut être que transitoire.

Le soutien du forfait n'apparaît pas dans le budget du Ministère et les moyens (en personnel et en fonctionnement) qui ont été mobilisés au travers du PNSR sont modestes. Le suivi est toujours essentiellement à la charge du Projet. L'autonomie financière du forfait est réelle pour les primes et les médicaments mais elle ne s'est pas vraiment améliorée pour le suivi et les appuis sur l'offre (investissement initial notamment sur les équipements, puis renouvellement de ces équipements). Ces domaines (médicaments et équipements) sont essentiels pour stimuler les adhésions et récolter des cotisations. L'augmentation globale des recettes est souvent liée à l'ouverture de nouveaux forfaits. Mais la stabilisation (et parfois la baisse) des moyens récoltés par plusieurs forfaits est inquiétante pour la pérennisation de l'activité.

Le forfait ne peut être un financement autonome et son subventionnement est essentiel et risque d'augmenter considérablement avec la contractualisation avec les hôpitaux ainsi qu'avec les efforts pour toucher les femmes les plus défavorisées. Pour le moment le statut juridique du forfait et ses capacités gestionnaires limitées rendent difficile un mécanisme de subvention par l'Etat.

Le forfait est-il « populaire » ?

« Le FO est comme les Mercedes en Mauritanie: modèles anciens robustes et performants, bien connus et plébiscités par la population, qui tournent toujours, bien qu'affectés par des défaillances ponctuelles nombreuses et variées, réparables à l'infini. On y investit de plus en plus d'argent mais on les aime… Le forfait c'est un peu ça » (un responsable DRAS)

Il ne faudrait pas tirer satisfaction de cette citation. « On aime le Forfait » mais jusqu'où l'aimera t'on ? On pourrait pousser la comparaison plus loin et dire que les gens se motivent les uns les autres (en positif comme en négatif), sont libres de leur décisions, et qu'il y a d'autres modèles, en particulier offerts par le privé et les organisations caritatives. . Il y a déjà des femmes qui ne veulent plus conseiller à leurs amies d'adhérer au forfait (voir page 1). Des alternatives sont disponibles, même si elles ne sont pas toujours pérennes.

« A Nouakchott, les femmes ont le choix entre plusieurs options pour la grossesse et l'accouchement, et le forfait est loin d'être la meilleure option… » (un médecin de Nouakchott)

« Les équipes mobiles financées par les ONGs de santé font tous les soins gratuits. Alors évidemment ils ne font pas la promotion du forfait… » (un médecin retraité de Nouakchott)

7. EVALUATION DE L'APPUI DE L'AFD (PROJET CMR 1127)

Le récit détaillé du Projet d'appui au Forfait Obstétrical est résumé dans la section 3 du présent rapport. La division entre évaluation du dispositif et du Projet d'appui, portant sur des périodes différentes, paraît un peu artificielle, plusieurs éléments sur l'efficacité, l'impact et la pérennisation

sont traités dans le chapitre précédent. Pour éviter les télescopages, nous aborderons ici seulement les questions complémentaires liées à la pertinence, à l'efficacité, à l'efficience, à la pérennisation, et à la valeur ajoutée dans la mesure où elles n'auront pas été abordées plus haut. D'autre part, l'analyse d'un Projet d'appui terminé en 2013 avec des activités déjà anciennes (entre 8 et 3 ans) est forcément limitée, d'autant plus que le projet successeur a créé de multiples biais.

7.1. Pertinence

7.1.1. L'appui de l'AFD était pertinent pour deux composantes…

Le projet CMR 1127 était décliné en 3 composantes. Les deux premières (1. Augmenter l'accessibilité et la qualité de la prise en charge obstétricale, et 2. Renforcer les capacités nationales et régionales de mise en œuvre, suivi et coordination du Forfait obstétrical) étaient tout à fait pertinentes et cette pertinence a été argumentée dans le chapitre précédent. On peut juste noter que dans la première composante, les deux concepts d'accessibilité et de qualité auraient pu être traités séparément, car ils ne touchent pas les mêmes protagonistes et ne se mesurent pas de la même façon.

7.1.2. …mais pas pertinent pour la troisième composante

La troisième composante portant sur les activités néonatales, en revanche, soulève un certain nombre de questions.

Il était bien sûr pertinent, au vu de la négligence des problèmes du nouveau-né prévalant dans le système de santé mauritanien au début des années 2000, de se préoccuper de la prise en charge du nouveau-né normal et du nouveau-né victime de complications. Mais il n'était certainement pas pertinent de séparer cette composante en proposant un « forfait néo-natal » individualisé. Ni le système de santé, ni la société n'était prêts, de sorte que cette composante « prématurée » n'a pas fonctionné. Voir encadré en annexe 8.

Il est à noter que le cadre logique du Projet CMR 1127 faisait état de « trois recherches opérationnelles couvrant chacune 500 nouveaux-nés » et de la mise en place d'interventions de prise en charge du nouveau-né dans 6 centres de santé de la région de Nouakchott, à l'exclusion des autres formations sanitaires (hôpitaux régionaux ou centres de santé des autres régions). En fait une enquête sur l'accès aux soins du nouveau-né à Nouakchott réalisée sur financement AFD en 2010 a permis de tester 3 stratégies de prédiction des complications néonatales (avec 500 nouveaux-nés dans chaque région étudiée). Elle a conclu, malgré l'observation d'un taux de mortalité néonatale moins élevé que prévu (!), que les compétences, les équipements et les modalités de prise en charge des principales complications (prématurité et asphyxie néonatale) étaient largement insuffisants pour réduire la mortalité, et que ce n'était pas uniquement une question de coût financier. Elle a aussi conclu qu'avant de proposer un « Forfait Néonatal », il serait nécessaire de reprendre une étude statistique complète de la mortalité des premiers jours, ainsi qu'une étude des Connaissances, Attitudes et Pratiques des populations rurales et urbaines vis à vis de la pathologie du nouveau-né et de sa prévention.

Les causes de mortalité à la naissance étant bien connues, la pratique de revues de décès ou d'audits est fortement recommandée non pas pour identifier des « coupables » mais pour apprendre des échecs et mettre en place des mesures correctives. La mission a eu connaissance d'un rapport statistique sur la pathologie néonatale en 2011 (qui n'a pas été répété les années suivantes, ou du moins pas été mis à disposition), rapport qui comprenait FOSA par FOSA les chiffres d'avortements, de mort-nés, de prématurés, d'hypotrophes, de décès néonatals par âge, et même de causes de décès. Malgré la forte suspicion d'enregistrement incomplet, cet essai de collecte de données était encourageant et méritait d'être répété tous les ans à titre systématique.

La mission a regardé les différents aspects décrits ci-dessus : la base d'enregistrement des décès, la base statistique, les aspects culturels et comportementaux, les politiques et stratégies de soins aux nouveau-nés, les curricula de formation des prestataires, les équipements, les pratiques de soins, les références, les enregistrements de prestations (statistiques de service), et les attitudes des prestataires comme des clients. Ce dernier point a fait partie des enquêtes qualitatives.

> *« Il y a beaucoup de naissances prématurées ici. Mais que peut-on faire ? Il n'y a pas de médicaments pédiatriques à part la tétra pour les yeux. On fait la méthode du Kangourou, mais ça ne marche pas… Il en meurt beaucoup. (un médecin du Gorgol)*

La mission a visité trois des grandes maternités assorties de services de néonatologie de la capitale, le Centre Hospitalier National, le Centre Hospitalier Mères-Enfants et le Centre de Santé de Sebkha (la seule proposant le Forfait Obstétrical), mais aussi les « coins réservés au nouveau-né » (newborn corners) normalement prévus dans les maternités des hôpitaux régionaux et dans le Centre de Santé de Sebkha. Le CHN et le CHME ont bénéficié d'équipements et de formations en phase avec leur mission, qui est de prendre en charge les nouveaux nés avec complications sévères (les hypotrophes et les grands prématurés, malformés). Cependant l'absence de spécialistes en néonatalogie et d'infirmières puéricultrices spécialisées ne présagent pas d'une efficacité optimale des machines installées. A la maternité de Sebkha, en revanche, la mission n'a pas vu d'équipements spécialisés, ni de pédiatre, et a constaté que même la table de réanimation néonatale n'était pas utilisée. Les transferts de cas compliqués ne se font pas à l'aide de couveuses portables et ne sont pas accompagnés par des personnels formés.

7.1.3. Pertinence d'une assistance technique

La présence d'un assistant technique résident a joué un rôle crucial dans la conduite du Projet, tant dans la supervision des activités que dans la collecte et l'analyse des données, ainsi que dans les relations avec les autorités nationales et régionales, et dans la rédaction de rapports. Il avait été mis en place dès 2004 par la Coopération française et son contrat a été renouvelé ou prorogé au moins cinq fois pour des périodes très irrégulières, en raison sans doute de l'importance pour le projet de son maintien. Son absence depuis 2011 se ressent à tous les niveaux, d'autant plus que son « remplacement » par une AMO (Aide à la Maitrise d'Ouvrage) a tardé à se mettre en place. En plus d'une petite série de publications internationales et de présentations dans des conférences régionales ou internationales, il a surtout rédigé le Guide de Fonctionnement du FO en 2011 avant de quitter définitivement la Mauritanie. Ses directives concernant la gestion, bien que très complètes et bien illustrées, n'ont pas résisté à l'usure du temps, avec pertes ou corruption de logiciels et de fichiers comptables. Bien que pédiatre, ses suggestions en matière de prise en charge néonatale n'ont pas été suivies d'effets convaincants (voir plus haut). Un des avantages comparatifs de sa présence a été le nombre de visites de terrain effectuées, seul ou en compagnie d'homologues gouvernementaux. Cet avantage s'est estompé avec l'apparition de consignes strictes de sécurité limitant les voyages à l'intérieur. Il faut cependant rendre hommage à son souci constant d'amélioration et de promotion du FO.

> *« Ah, c'était l'idée de l'AT. Depuis qu'il est parti, on n'a pas continué… ».*

L'AFD a compensé cette absence par la multiplication des visites du siège, dites « visites de supervision », ayant dépassé la quinzaine en huit ans, mais le suivi de ces visites sanctionnées par des aide-mémoires ne se fait pas aussi bien que souhaité après le départ des missions du Siège.

Pour respecter un des objectifs initiaux du premier projet, qui était de transférer l'appui technique et administratif aux instances nationales en fin de projet, et à la demande de la partie gouvernementale, l'AFD a engagé pour superviser le projet successeur CMR 1146 un nouveau processus de supervision et d'appui à la gestion. Mais le processus a pris beaucoup de temps avant

de se concrétiser, de sorte qu'il n'est pas encore démontré que le recrutement fin 2015 d'un statisticien qui fait aussi fonction d'assistant administratif, et l'appui du bureau d'études recruté pour mettre en place l'AMO aient changé la donne et permis la montée en puissance de la gestion du dispositif.

7.2. Efficacité

Le cadre logique du projet se confond pour deux premiers objectifs avec la stratégie du dispositif. Seul le troisième objectif est spécifique à l'appui apporté par le Projet AFD (renforcement des capacités nationales et régionales).

L'efficacité du Forfait Obstétrical comme dispositif a été largement discutée au chapitre précédent (voir efficacité du dispositif FO). Nous ne reprenons ici que quelques points supplémentaires concernant le choix des indicateurs proposés dans le cadre logique du Projet CMR 1127, puis nous passerons en revue les indicateurs et leurs objectifs prévus pour la fin du Projet.

Le cadre logique du projet permet de fixer des objectifs avec des indicateurs et des échéances précises. Mais certains indicateurs du cadre logique posent pour l'évaluation des problèmes particuliers liés à leur définition selon les critères SMART[34] ou à leurs méthodes de collecte. Par exemple:

- **Taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale :** ils dépendent essentiellement de la complétude des données enregistrées et de la cohérence des définitions pour la morbidité qui sont très inconstantes. Voir discussion ci-dessus
- **Taux de « couverture » du FO** (la couverture a plusieurs définitions possibles, voir plus haut)
- **Accessibilité** (on peut parler d'accessibilité géographique, financière, ou sociale, qui ont chacune leur définition, leurs indicateurs, et leur mode de calcul)
- **Nombre d' « utilisatrices » :** doit-on compter les utilisatrices du FO complet, du FO partiel, ou des actes individuels ?
- **Taux d'adhésion** (dépend du dénominateur choisi, soit la population couverte, soit le nombre de grossesses attendues)
- **Taux de césariennes** (dépend du dénominateur choisi et des indications)
- **Le « forfait néonatal »** (n'a jamais été défini)

A noter la faiblesse des indicateurs de qualité des soins obstétricaux et néonatals. Il faut rappeler que l'indicateur N° 7 des indicateurs de processus des SONU[35], le taux de mort-nés intra-partum et de décès très précoces, a été avancé comme le seul indicateur de **qualité** des soins intra-partum, c'est à dire pendant le travail obstétrical. Il n'a malheureusement pas été mesuré en Mauritanie, pour des raisons de qualité (encore) des données, qu'aucune mesure particulière n'a envisagé de corriger.

Le tableau récapitulatif des Indicateurs ci-dessous (Tableau N° 12) montre qu'il est difficile d'en mesurer une grande partie, de façon cohérente avec les chiffres demandés. Peu d'objectifs chiffrés ont été atteints même avec le prolongement du projet sur deux ans.

L'objectif du nombre de FOSA impliquées dans le dispositif est largement dépassé, ce qui pourrait être un bon signe d'extension, mais il faut tenir compte de deux années supplémentaires. Idem pour

[34] Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, précis dans le Temps

[35] Le Manuel des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) publié en 2008 comprenait cet indicateur de qualité, ainsi bien sûr que la fonction clé SONUB « Soins de base au nouveau né ».

le nombre d'accouchements assistés : Le nombre prévu est dépassé mais le taux, qui seul peut constituer un indicateur de couverture, n'a pas beaucoup progressé.

Enfin le calendrier des évaluations (à mi-parcours et finale) n'a pas été en phase avec le cycle du Projet, et surtout avec la mise en route du projet successeur. Il est intéressant de voir que ce dernier (CMR 1146) a repris les mêmes indicateurs avec les mêmes incertitudes de calcul pour une période supplémentaire de 5 ans. En quelle année sera t'il évalué ?

Tableau 12. Les indicateurs du Cadre Logique du Projet d'Appui de l'AFD au Forfait Obstétrical de 2008 à 2013 - CMR 1127 (nd = non disponible)

Catégorie	Indicateur	Définition	Objectif fixé pour 2012 CMR 1127	Chiffre Obtenu en 2013	Commentaires
Disponibilité	Moughataa offrant le FO	Nombre de Moughataa où on offre le FO	12	24	Résultat satisfaisant tenant compte de 4 FOSA par Moughataa, et d'une année supplémentaire.
	FOSA offrant le Forfait	Nombre FOSA offrant le forfait	56 FOSA "renforcées"	93	largement dépassé. Il y a une année supplémentaire
Accessibilité	Couverture "administrative"	pourcentage de la population ayant accès au FO	80% de la population	58%	Loin du compte. Il s'agit de la population vivant dans les Moughataa « couvertes ». Calculs difficiles et incertains.
Utilisation	Nombre de personnes qui utilisent les structures et services	adhérant ou non au FO	37500	ND	Doit-on compter toutes les bénéficiaires d'actes? Chiffre non mesuré en 2013, insuffisance des systèmes d'information
	Taux d'adhésion au FO	Nb adhésions par rapport aux grossesses attendues	60%	37%	Loin du compte, ce résultat quoique incertain, est l'indicateur d'échec le plus important.
	Nombre d'accouchements assistés	dans les FOSA, Forfait ou pas	18750	44388	Objectif largement dépassé, tempère le sentiment d'échec, mais sans définition d'acct « assisté »
	Taux d'accouchements assistés	par rapport aux accouchements attendus	70%	38%	Loin du compte, est-ce un artefact démographique (calcul d'acct attendus) ?
	Taux césarienne	par rapport aux accouchements assistés	3%	2,1% (2014)	L'objectif était déjà trop faible. Echec de la prise en charge des urgences
	Proportion de femmes référées	par rapport aux accouchements assistés	5%	4,60%	selon données du SNIS 2013. Echec de la prise en charge des urgences
Forfait Néonatal	Etude de coût (étude de faisabilité) d'un forfait néo-natal		1 étude	??	cette étude n'a pas été retrouvée
	Forfait néonatal mis en place	dans les maternités de Nouakchott	6	0	La définition opérationnelle du Forfait Néonatal n'existe pas
	Proportion de femmes adhérant au Forfait néonatal	par rapport aux femmes inscrites au FO	50%	0	Id

	Recherches opérationnelles concernant nouveau-né	menées, publiées validées	3 recherches	Une recherche sur 3 stratégies dans les maternités de Nouakchott, publiée en 2010. Mais non suivie de changements de prise en charge du nouveau né malade	
	Les résultats des analyses et recherches sont traduits en une stratégie validée par le Ministère			Un Plan stratégique a été révisé pour la SR 2016-2020 par le PNSR, publié en 2016, donc pas possible de vérifier la mise en oeuvre	
	Protocoles de prise en charge du Nouveau-né en post partum immédiat		A réaliser et publier	Les Normes de Service de SR aux niveaux HR, CS et PS, incluant les soins post natals, ont été révisées en avril 2008, pas évaluées	
Qualité	Structures renforcées	Nombre de FOSA renforcées en équipement et personnels	56	93	Il est assumé que toutes les FOSA offrant le FO ont été renforcées préalablement
	Personnel formé	Sages-femmes formées aux SONU (formation continue)	230	246 (2014)	Il n'est pas assumé que toutes les SF ont été formées aux SONU en 2013 (pas de moyen de vérification)
	Formation Echographie	Médecin-chef et sage-femme	deux personnes par FOSA offrant le FO	ND mais observations positives	Surtout des SF et peu de médecins-chefs formés, mais succès de l'opération
	prestations renforcées à Sebkha	complément d'équipement de laboratoire	Objectif pas précisé	Fait	Pas de précisions
Coordination, Gestion, Suivi, Evaluation, Audits	Une cellule FO est opérationnelle au sein du PNSR, avec un responsable FO opérationnel		dès 2008	La Cellule FO est opérationnelle au PNSR depuis 2008 sous la responsabilité de la DSBN depuis 2012 - Responsable Point focal FO (une sage-femme senior formée par l'AT) opérationnelle depuis 2007	
	Nouveaux protocoles de prise en charge des complications obstétricales		protocoles élaborés et publiés	Normes de services SR révisés en avril 2008, pas évaluées ou révisées depuis	
	Atelier stratégique national annuel et ateliers techniques annuels par région		un atelier annuel	Atelier d'oct 2009: rapport disponible - Atelier de 2010 (en févr 2011) rapport non disponible - Ateliers régionaux en 2009 seulement	
	La stratégie mauritanienne du FO fait l'objet de publications et communications internationales			3 publications dans revues internationales[36] plus des présentations dans des séminaires régionaux	
	Le PNSR bénéficie de l'appui d'un Expert Technique International Pour une durée de 2 ans		Dès 2008	L'ETI (Dr Ph Renaudin) était en poste depuis 2006, a été re-contracté par le projet en avril 2008, jusqu'en août 2011 (donc pour 3 ans)	
	Le Comité de Pilotage (du FO) se réunit une fois par an		dès 2008	Réunions du COPIL une fois par an (26/02/2009, 12/04/2010, 21/04/2011, 21/05/2012, 26/03/2013)	

[36] *Voir dans la bibliographie sélective en annexe 9*

	Les audits du FO sont réalisés (sans détail de périodicité, mais on assume qu'ils doivent être annuels)	dès 2008	Un seul audit du FO a été réalisé en 2010 (publié en juillet 2012) – Il était très sévère mais n'a pas eu de suite
	L'évaluation finale du Projet CMR 1127 est réalisée en dernière année du Projet	initialement en 2011, mais le Projet a été prolongé jusqu'en 2013	Une évaluation à mi-parcours a été réalisée en 2011 - Une évaluation du dispositif FO dans son ensemble et finale du Projet CMR 1127 sera réalisée en 2016

7.3. Efficience

7.3.1. Les moyens mis en œuvre

Les moyens mis en œuvre pour le projet apparaissent raisonnables et même modestes par rapport aux ambitions du projet. L'essentiel du budget portait sur l'assistance technique. Il apparaissait important de maintenir l'assistance technique après 2011. Rétrospectivement les retards dans la mise en place de la nouvelle AMO dans le second projet ont eu un effet négatif important. L'assistance technique fournie par l'AFD jusqu'en 2011 a eu une valeur considérable, tant sur le suivi gestionnaire que sur le suivi de performance, sur les visites de terrain, et sur les études et réflexions. Le Projet CMR 1127 stipulait que « l'assistant technique contribuera au transfert de compétences dans le domaine des soins obstétricaux et néonataux auprès de l'homologue national qui aura été nommé ». Avant la conclusion du contrat de prestation de service, le gouvernement devait notifier la décision de la nomination d'un cadre mauritanien qui sera chargé au sein du PNSR du suivi du forfait obstétrical et de son extension dans le pays. Ce cadre avait vocation à relayer l'expert technique international à la fin de son contrat ». Ce scénario pourtant bien huilé n'a pas répondu à toutes les attentes.

Une autre partie importante du budget d'appui a porté sur les équipements, une condition souvent indispensable pour pouvoir accréditer une structure dans le forfait. Ces achats ont bien eu lieu et ont été appréciés même s'ils ont été considérés comme encore limités par rapport à l'importance des besoins. Le problème essentiel pour certains de ces forfaits qui datent de plus de 10 ans est le renouvellement de ces équipements. Les équipements s'usent vite et aucune procédure d'amortissement ne nous a été présentée. Un projet comme le CMR 1127 peut apporter un appui ponctuel mais doit s'inscrire dans une stratégie d'ensemble de financement qui enclenche un financement public plus conséquent. Nous n'avons pas eu l'impression que ce fut le cas, ni que des efforts de dialogues dans ce domaine aient été fructueux. En théorie dans une logique contractuelle, il faudrait envisager dans certain cas, une procédure de retrait du forfait.

Il est difficile d'évaluer des actions de sensibilisation pour lequel des efforts financiers importants étaient consacrés. Ils ont eu lieu parfois il y a plus de 8 ans mais au regard de l'enquête, les problèmes d'information restent entier. Il paraît évident que dans un tel mécanisme financier, le meilleur instrument de sensibilisation est l'efficacité même du forfait. On a probablement tort d'imaginer que le problème essentiel est l'information des femmes qui finalement peuvent aussi avoir de réelles raisons de se méfier.

7.3.2.L'intégration des procédures budgétaires

En novembre 2015, un audit sur les dépenses du projet CMR 1127 pour l'exercice 2013 a été présenté par le cabinet mauritanien KHALIL et constitue le seul document d'ensemble disponible au Ministère même si le PNSR et l'AFD ont émis des critiques à son sujet et, en conséquence, ne l'ont toujours pas validé à ce jour. le Tableau 13 en est un extrait; ce tableau était donc en cours de révision par le cabinet d'audit au moment de la présente évaluation, et n'avait pas été validé par le MS et l'AFD.

Tableau 13. L'utilisation du budget du projet CMR 1127 de 2008 à 2013 d'après l'audit de 2015

Euros	Budget prévu	Dépenses 2008-2012	2013	Total	Taux d'exécution
Sensibilisation	132 000	450 321	25 624	475 945	361%
Equipement	251 000	186 753	101 575	288 328	115%
fonct et com	48 000	15 595	46 593	62 188	130%
Expertise	566 000	78 085	2 001	80 086	14%
Imprévu	103 000	4 621	0	4 621	4%
Total	**1 100 000**	**735 375**	**175 793**	**911 168**	**83%**

Figure 20 : L'utilisation du budget du projet CMR 1127 de 2009 à 2013 en Euros, séparant les dépenses faites par l'AFD (paiements directs) et par le PNSR

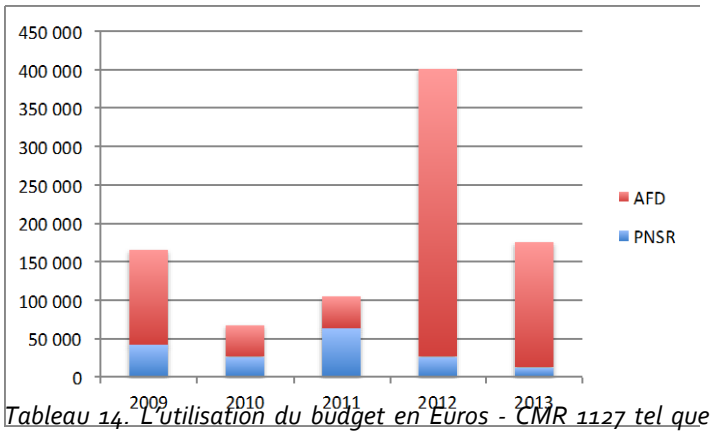


Tableau 14. L'utilisation du budget en Euros - CMR 1127 tel que remis par l'AFD,

Poste	Budget prévu	DPD (AFD)	AR (PNSR)	Taux d'exécution
Sensibilisation	132 000	33 092	98 908	100%
Equipement	251 000	249 906	656	100%
fonct et com	48 000	7 982	40 018	100%
Expertise	566 000	541 161	24 839	100%
Imprévu	103 000	82 196	4 256	84%
Total	1 100 000	914 337	168 677	98%
Gestionnaire	*% dépenses*	*84%*	*16%*	*100%*

Après la remise du rapport provisoire, l'AFD a soumis aux évaluateurs les audits des années précédentes qui eux ont été validés mais qui s'inscrivent tout à fait dans la même logique que le dernier et pose les mêmes problèmes d'imputation. La Figure 20 a été établi à partir de ces données.

Depuis l'évaluation à mi-parcours qui indiquait un taux de 62% d'exécution des dépenses en 2011, les dépenses se sont accélérées pendant les deux dernières années. Mais leur répartition n'est pas cohérente avec le budget initial, ni les données disponibles dans le rapport précédent. Le budget du projet prévoyait que la moitié des 1,1 millions d'euro prévus était consacrée à l'expertise. A la fin de la mission, l'AFD nous a remis le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** suivant qui montre un meilleur taux d'exécution, une répartition plus conforme aux imputations budgétaires prévus.

Il nous paraît important de présenter ces deux tableaux pour apprécier l'appropriation du projet par le PNSR qui ne dispose pas d'outil d'ensemble sur le suivi du projet dont il est à la fois le principal responsable. 84% des dépenses sont payées directement par l'AFD (Dépenses Payées Directement) et l'AFD procède dans la pratique au véritable suivi financier même si les procédures de marché sont

effectuées par la DAF du Ministère de la Santé. Les retards dans la mise en œuvre du projet CMR 1127, comme d'ailleurs dans celui du CMR 1146 ont souvent été attribués à la lourdeur des procédures administratives nationales.

Le PNSR reçoit des Avances sur Remboursement (AR), chacune d'un montant entre 30 et 50000 euros à chaque fois. Celles-ci sont justifiées dans des mémoires de factures fort bien tenues au PNSR. Le montant total annuel est modeste comme le montre la situation en 2013 (12 150 euros soit seulement 7% des dépenses) dans le tableau suivant établi sur la base de l'audit (nous ne disposons pas de ces données de l'AFD).

Tableau 15. Dépenses en 2013 (Projet CMR1127 et 1146) selon l'audit

CMR1127	**CMR1127**	**AR PNSR**	**AFD**	**Total 2013**
Sensib, super, formation	132 000	8 593	17 031	25 624
Equipemnt	251 000		101 575	101 575
fonct et comm	48 000	3 056	43 537	46 593
Experitise	566 000	501	1 500	2 001
Imprevu	103 000			0
Total	**1 100 000**	**12 150**	**163 643**	**175 793**
Partage Gestionnaire		*7%*	*93%*	*100%*
CMR1146	**CMR 1146**	**AR PNSR/DAF**	**AFD**	
composante 1	500 000	3 612		3 612
Composante 2	900 000	50 837		50 837
Appui logistique	400 000	31 591	40 100	71 691
Bureau d'etude	300 000			0
Evaluation	270 000			0
Imprevu	130 000	1 653		1 653
Total	**2 500 000**	**87 693**	**40 100**	**127 793**
Partage gestionnaire		*69%*	*31%*	*100%*

Mais le Tableau présente aussi pour la même année les dépenses du CMR 1146 qui poursuit le projet d'appui au forfait pour un montant total de plus du double (2,5 millions d'euros). Celui-ci prévoit pour cette année, des montants beaucoup plus importants à payer à travers le mécanisme « d'avance renouvelable » (renouvellements successifs d'une avance initiale sur la base de la présentation de justificatifs d'utilisation de l'avance précédente) ; 87 693 euros étaient prévus pour 2013, soit 69% des appuis financiers qui s'additionneraient au projet précédent. Dans ce nouveau projet, une partie est versée au PNSR et l'autre à la DAF. Ce changement de gestion ne se justifierait pas par des problèmes au niveau du PNSR mais par la demande du SG de consolider les appuis extérieurs au niveau de la DAF. Cela nous paraît plus un choix politique qui ne va pas vraiment dans le sens des accords de Paris. A notre connaissance le cadre du compact parle du respect de la procédure financière nationale. Nos termes de référence ne prévoient pas d'évaluer ce nouveau projet même si c'est celui-ci qui a une implication directe sur la situation du forfait que nous avons analysé dans le chapitre précédent. Nous essayons seulement de comprendre la logique de l'appui financier dans la poursuite du projet. Nous développons ce point ci-après.

7.3.3. Un circuit financier contestable

Dans les deux projets, ces comptes bancaires privés tenus par des Directions ou des « Programmes » ne respectent pas les procédures du Trésor. Ils sont tolérés par le Ministère des Finances pour des petits montants (formation faites par l'OMS par exemple) mais ils ne sont pas prévus pour devenir un outil de gestion d'importants projets. Pour éviter de passer par le circuit du Trésor qui est considéré comme très lourd, ils doivent être gérés par des établissements publics autonomes comme des hôpitaux (avec un budget propre, un ordonnateur et un comptable).

La multiplication de comptes privés dans les Directions (techniques ou non) ne respecte pas les principes de finances publiques (transparence, séparation de l'ordonnateur et du comptable). Ainsi dans le compte de la DAF, le SG serait l'ordonnateur et le comptable serait un agent de la DAF qui

est en fait sous son autorité. A l'heure où la lutte contre la corruption est une priorité de l'AFD, on doit s'interroger sur le système de contrôle financier, en particulier si l'appui financier va grandissant

Les bailleurs (et en particulier UE) ont été saisis du problème à l'occasion de la mise en place d'un fonds commun pour des montants importants. L'usage d'un Compte d'Affectation spéciale ou la création d'un établissement autonome (FCSU) ont été discutés comme outils de gestion communs compatibles avec les accords de Paris. Il est évident que les Directions du Ministère et les « Programmes » sont très réticents à tout changement de ces pratiques anciennes qui leur retireraient flexibilité et sans doute également pouvoir. Il paraît important que l'AFD ne donne pas une pratique contraire au renforcement des finances publiques une importance grandissante, ce qui apparaît d'ailleurs encore plus dans l'ébauche du troisième projet (CMR 1188) prévu pour 2016 et qui pourtant s'intègre dans le projet de l'Union Européenne pour l'assistance technique.

7.4. Aspects de la viabilité

La viabilité du dispositif a été analysée dans le chapitre précédent ; celle du projet y est largement liée. Ce qui nous intéresse est la viabilité et la pérennité de ce mécanisme d'appui. L'appui est par nature destiné à disparaître et nous examinons ici le problème de la relève du projet.

Le doublement du budget du projet initial avec le CMR1146 et avec le CMR1188 (jusqu'en 2020) doit interpeller sur les capacités de relève par le Ministère de la Santé. Il paraît naturel de poursuivre l'appui à l'offre. Dans le nouveau projet CMR 1188 un effort est fait pour ne pas concentrer trop d'appui sur le PNSR/FO. Au vu des constats précédents, il est intéressant de cibler une région particulière pour reprendre avec précision l'étalonnage du dispositif. Par contre l'augmentation des moyens fournis au PNSR et même à la DAF pour le suivi et la gestion, même si cette augmentation apparaît indispensable au regard des problèmes présentés dans ce document, est inquiétante si on envisage un processus de désengagement progressif, une préoccupation néanmoins nécessaire pour un projet d'appui qui dure déjà en fait depuis plus de 10 ans.

L'augmentation importante des budgets du Ministère de la Santé entre 2011 et 2013 ne s'est pas traduite par des efforts financiers réels en faveur du PNSR ni du FO, et ne semble pas avoir permis d'améliorer significativement ses capacités gestionnaires.

7.5. Valeur ajoutée de l'AFD

L'approche adoptée pour la mise en œuvre du projet semble avoir été davantage une approche contractante (à travers des conventions de financement limitées à des projets) plus que partenariale (dans le cadre d'un soutien au système de santé national). Pourtant L'AFD ne fut pas seulement un partenaire financier mais aussi un partenaire technique. Les questions de suivi, d'études corollaires, de volonté de plaidoyer, sont des avantages comparatifs de l'AFD.

7.5.1. Des grands efforts de suivi

L'AFD à Paris comme à Nouakchott a consacré beaucoup d'efforts au forfait comme en témoignent les nombreuses missions depuis 2008. Les missions du siège auraient pu être considérées et utilisées comme des mécanismes d'amélioration de la qualité, en exerçant une vigilance sur la conduite de la mise en œuvre et sur la gestion et sur les données, mais ce suivi perlé (avec des missions nécessairement très courtes) même s'il était souvent utile, n'a pas toujours eu des retours positifs (« on attend la prochaine visite »). Les Aides Mémoires ont donné des listes de tâches à effectuer (la plupart tout à fait justifiées), mais les réponses étaient limitées, ou « oubliées ». Dans ces conditions on peut s'interroger sur les limites de la relation contractuelle dans le cadre de la convention de financement.

On peut aussi s'interroger sur le rôle de l'AFD qui en l'absence d'assistance technique a souvent joué un rôle important dans la mise en œuvre du projet. La structure de projet (plus que de programme d'ailleurs) a permis un développement rapide de la mise en place du FO mais n'a pas facilité la montée en puissance du FO comme une stratégie nationale.

7.5.2. Un plaidoyer pour le Forfait et des études

La valeur ajoutée de l'AFD a porté sur le plaidoyer du Forfait. Elle a poussé des études et des publications sur l'impact (étude IRD), parfois de manière prématurée, avant de s'assurer de la solidité du mécanisme. L'agenda des évaluations, cependant, n'a jamais vraiment suivi le cycle du projet. Le nouveau projet était à chaque fois déjà très avancé avant même l'évaluation finale. Les contraintes de timing et le souci de ne pas avoir de rupture entre projets ont abouti à une sorte de fuite en avant où les questions fondamentales sur le projet n'ont pas pu vraiment être abordées. Des études d'impact qualitatif et quantitatif sont très utiles mais doivent être dissociées des évaluations incluses dans le cycle du projet. Elles nécessitent un timing et des moyens différents. Par contre ces études peuvent fournir des données de base intéressantes pour comparer les résultats du projet.

7.5.3. La coordination avec les autres bailleurs

Même si c'était manifestement le rôle de l'Etat de faire le plaidoyer pour attirer d'autres bailleurs vers le soutien au dispositif, l'AFD a développé dès le début du projet un plaidoyer auprès d'autres bailleurs potentiels. Cependant, ni le Gouvernement, ni l'AFD n'ont pu convaincre les multilatéraux (à l'exception de l'UNICEF et de l'UNFPA au début), ni d'autres bilatéraux (à l'exception de l'Espagne pendant quelques années et de Monaco pour un montant modeste), de participer à l'extension. L'AFD n'a également pas donné la possibilité de mobiliser des fonds du Fonds mondial en synergie sur certains aspects de SMI (TME, prévention du paludisme…). Au vu des rapports disponibles, l'UNFPA et l'OMS n'ont pas participé aux réunions du comité de pilotage, ou pas plus d'une fois pour chacun. Les raisons n'ont pu en être éclaircies.. En revanche, ils ont pu participer à des ateliers nationaux de réflexion.

> *« Malheureusement, les comités de gestion forfait et le COPIL ne jouent pas leur rôle, ils n'influencent pas les mécanismes, les influences viennent d'ailleurs… » (Un responsable de coopération bilatérale)*

Dans le domaine de la participation des ONG internationales, il faut signaler Medicus Mundi qui a été un bon exemple de coopération inter-agences : Ils ont travaillé conjointement avec l'AFD (Gorgol), l'UNICEF (Brakna), l'UNFPA (Trarza), la Croix rouge Française (Gorgol-Moungel), ont participé à toutes les réunions de coordination, puis se sont retirés. L'ancien chargé de projets Medicus Mundi est maintenant secrétaire du Groupe Sectoriel Santé (groupe de travail inter-agences sur la santé).

7.5.4. Un dispositif exportable ?

Il a souvent été demandé pourquoi le dispositif FO n'a pas été exporté hors de Mauritanie. Le forfait est considéré internationalement comme une expérience innovante mais il n'a pas fait école. Le Chèque-Santé s'est construit au Cameroun sur une autre logique avec pourtant un financement AFD-KfW, alors que la richesse des ménages au Cameroun aurait pu le permettre[37]. Le Chèque Santé n'est pas un pré-paiement mais un bon d'accès gratuit aux soins maternels, et il accrédite les formations sanitaires qui font l'effort d'améliorer leur qualité des soins. Quinze ans après les premières expériences de FO à Nouakchott, et malgré les nombreuses tentatives de présentation au

[37] voir Bruno Galland, CIDR, Lancement du Chèque Santé au Cameroun : Document de Programmation Opérationnelle, 2015

niveau régional et international, il faut s'interroger sur le cantonnement du dispositif au pays d'origine du Forfait. Une des explications est sans doute liée au débat sur la gratuité qui a occupé l'essentiel des discussions, reléguant les méthodes de recouvrement des coûts au point de délivrance des services à l'arrière-plan.

8. EN CONCLUSION

Le mécanisme du Forfait fut au début des années 2000 une expérience originale dans un contexte particulier. Face à l'urgence de la situation (mortalité et morbidité maternelle et néonatale très élevées, utilisation limitée des services de santé) l'expérience s'est développée protée par l'énergie de ses concepteurs, la mobilisation de certains professionnels de santé et le soutien d'une poignée de bailleurs. Il était normal qu'à cette époque il se construise en parallèle du système en vigueur, avec ses faiblesses, dans un statut encore assez informel. Mais pour pouvoir l'étendre à l'ensemble du pays et en faire une stratégie nationale, voire internationale, il faut tirer les leçons de son expérience et clarifier son organisation.

Au terme de cette revue, on doit revenir sur la définition du Forfait Obstétrical, mais surtout sur les conditions de sa mise en place, de son extension, de son appréciation par les clients, de son intégration, et de son futur. On utilisera pour cela le format classique FFOM (Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces). Les options stratégiques possibles pour le futur seront discutées au chapitre suivant.

8.1. Forces

Le forfait a été créé pour répondre à un besoin urgent d'accès aux soins obstétricaux et néonatals pour le plus grand nombre. Il s'est développé assez rapidement et a atteint une couverture nationale importante, avec présence dans toutes les Wilaya du pays, dans 80 % des Moughataa, et entre 35 et 55% des FOSA (selon le dénominateur employé). Il a proposé une solution originale, novatrice, de prépaiement d'un paquet de services, et a bénéficié d'un fort soutien international. Il a su mobiliser de nombreux acteurs et développer une expérience enrichissante pendant plusieurs années. De nombreux témoignages lors des entretiens confirment une impression globalement positive.

Il recèle une masse d'informations utiles et a initié des études intéressantes (voir bibliographie). Il a mis l'accent sur l'amélioration de la qualité qui est une priorité. Il a contribué à former du personnel de santé et à améliorer l'offre de soins. Le rôle des sages-femmes, en théorie comme en pratique, a été renforcé, même si quelques individualités n'ont pas convaincu. La structure de projet a permis des progrès remarquables appréciés par les bénéficiaires et les autorités nationales, au premier plan desquelles la prise en charge ou le transfert vers les hôpitaux de complications obstétricales. Dans les cercles de la santé publique maternelle, la Mauritanie est connue pour son initiative du Forfait Obstétrical.

8.2. Faiblesses

Cependant, au fil des années, le dispositif s'est enfermé dans un modèle statique (pas assez évolutif) et isolé (du reste du Plan national de Développement Sanitaire). Pour des raisons diverses, il n'est pas parvenu à devenir une stratégie nationale intégrée véritablement dans la politique nationale et le système de santé national.

La volonté d'extension rapide a été aux dépens de l'approfondissement de ses bases en matière de qualité des services d'une part, et de suivi et de gestion d'autre part. On a assisté à une érosion de la qualité et, partant, de l'enthousiasme des prestataires comme des clientes au fil des ans. La qualité ne peut être abordée seulement par l'amélioration des intrants, le facteur humain est considérable et – bien qu'intégré dans les principes du FO - n'a pas suffisamment été travaillé en pratique. Le suivi statistique plombé par des incohérences n'a pas permis d'utiliser pleinement les informations. Le SNIS l'a longtemps ignoré jusqu'à son édition de 2015.

Les mécanismes de gestion souvent discutables en matière de respect des procédures comptables nationales (fixées avec le Ministère des Finances) n'ont pas permis d'éviter des retards dans le

déroulement du projet d'appui. Les demandes croissantes de la gestion administrative et du contrôle financier n'ont pas été satisfaites par un programme de tutelle débordé (le PNSR). Le suivi de la gestion du forfait dans chaque district n'a pas mobilisé l'attention nécessaire et la transparence indispensable à la motivation du personnel et à la disponibilité des médicaments. Est venue s'ajouter la résistance/réticence croissante des hôpitaux, qui se sont exclus du dispositif au motif plus ou moins justifié de « perdre de l'argent ». Ces problèmes ont été perçus mais les solutions proposées n'ont toujours pas pu être mises en place.
L'information/formation sur le FO n'a pas atteint tout le personnel de santé concerné par le forfait. Or il est important de la diffuser à toutes les catégories socio-professionnelles existant dans les FOSA, car d'une manière ou d'une autre chacune participe à la mise en œuvre du forfait et devrait donc maitriser ses principes et son fonctionnement.

8.3. Opportunités

Le forfait a une place importante dans la réforme du financement de la santé. Si la volonté politique est bien là, il peut contribuer au plan révisé de développement sanitaire, non pas en étant seulement ajouté tel quel dans un document mais en testant et faisant réfléchir les acteurs sur les besoins de réforme en matière de motivation, de participation de la société civile et de modalités de financement.

Le principe d'externalisation de la gestion des fonds et des médicaments peut être une situation transitoire pour remédier aux défauts du système existants mais peut être aussi l'ébauche d'un nouveau circuit qui ne doit pas alors se limiter au forfait. A long terme chaque service de santé ne va pas mettre en place son propre système d'assurance ! Il était intéressant de commencer par ce paquet prioritaire mais on doit s'interroger dès maintenant sur son extension. De même l'aspect novateur du forfait n'est pas seulement dans le principe de la cotisation mais aussi dans le financement des services par un tiers payant. Il peut très bien s'adapter à une logique de gratuité avec un financement public. Le financement des contrats avec les hôpitaux qui devraient prendre forme l'année prochaine seront une expérience intéressante dans ce sens (puisque ces contrats devront être largement subventionnés par le Ministère).

Enfin la logique d'accréditation qui était importante dans le choix des nouvelles structures s'est un peu affaibli avec la volonté d'extension rapide. Mais elle est importante à moyen terme pour l'amélioration de la qualité. Il est néanmoins important de prendre conscience des limites du forfait obstétrical dans ce domaine. Il est possible à une assurance de négocier une accréditation avec une structure mais il est beaucoup plus difficile à un service du Ministère de négocier cette accréditation pour un service de base indispensable comme l'accouchement. Différents choix stratégiques sont possibles (voir chapitre suivant) et chacun peut contribuer à l'amélioration de la couverture santé universelle.

Différents choix stratégiques sont possibles (voir chapitre suivant) et chacun peut contribuer à l'amélioration de la couverture santé universelle.

Le débat qui mobilise les autorités sanitaires et la communauté internationale sur la réforme du financement de la santé (la Mauritanie vient de mobiliser le réseau P4H) devrait se nourrir de l'expérience du Forfait qui a fourni une multitude d'informations qui, même si elles sont partielles, sont souvent complémentaires à celles du SNIS et devraient se rejoindre à court terme.

8.4. Menaces

La transformation de l'ancrage institutionnel du forfait est une œuvre délicate et de longue haleine, dépendant essentiellement de la volonté politique, et ne peut être promue par des bailleurs, encore moins par un seul bailleur. La coordination est indispensable pour vaincre les réticences

administratives. Sans soutien actif des principaux bailleurs et de l'OMS, le dispositif ne sera pas « approprié » par le gouvernement. Surtout, l'érosion de la qualité des soins, la négligence des questions d'humanisation, l'augmentation des demandes financières exigées par le système ne jouent pas en faveur de l'extension. Sans une amélioration rapide de la gestion et du suivi (cf. recommandations), les réticences de la population et de nombreux acteurs locaux y compris la société civile peuvent miner l'adhésion au forfait et l'empêcher de progresser.

Dans un contexte international de priorité à la prévention et de gratuité des services préventifs autour de la naissance, il est regrettable que la maternité, richesse primordiale d'une nation, soit l'objet de négociations et de transactions financières infinies, appliquées aux couches défavorisées comme aux riches. Même si le Forfait a été conçu comme un élément d'amélioration de l'accessibilité financière, il a finalement introduit un ensemble de barrières, y compris financières, à la maternité sans risques, les niveaux de soins étant toujours essentiellement proportionnés aux paiements.

Le Tableau récapitulatif des critères de jugement avec notation est en annexe 7.

9 - LEÇONS ET RECOMMANDATIONS

Les leçons apprises et les recommandations qui en découlent appartiennent aux domaines stratégiques et techniques. Certaines recommandations portent sur des améliorations possibles à court terme du système existant et d'autres sur une transformation en profondeur qui prendra sans doute plus de temps et qui, en fonction des choix à effectuer, peuvent aller dans une direction très différente des premières recommandations.

Ainsi nous proposons des améliorations dans la gestion des médicaments mais nous nous interrogeons sur l'intérêt à moyen terme de garder une externalisation. Beaucoup de mécanismes sont transitoires et doivent s'adapter.

Même si le bilan d'ensemble apparaît mitigé avec des points critiques importants, le but de cette évaluation n'est pas de dire s'il faut ou non continuer ce forfait mais de faire réfléchir les partenaires sur les différents problèmes dont l'ampleur n'a, semble-t-il, pas vraiment été prise en compte. Il ne sert à rien de consolider le forfait actuel sans avoir une vision stratégique pour l'avenir. L'intégration du forfait peut prendre des formes différentes et un rythme variable mais elle nous paraît inévitable. Cette vision est un choix politique qui appartient aux autorités nationales mais il nous paraît évident qu'une remise à plat des conditions du suivi et de la gestion est nécessaire dans tous les cas

9.1.Les choix stratégiques nécessaires pour le futur

Des choix stratégiques sont nécessaires et doivent se faire en relation avec l'élaboration de la stratégie de financement qui est justement en train de se discuter au Ministère de la Santé avec en particulier l'OMS, P4H et le Projet de l'Union Européenne.

Scenario 1 : Intégration dans un système révisé de recouvrement des coûts

Le niveau essentiel d'intervention du Forfait demeure la Moughataa. Le forfait doit se concentrer davantage sur le centre de santé et les postes de santé. L'inclusion des hôpitaux apparaît comme créatrice d'effets pervers et la contractualisation des relations avec les hôpitaux demeure indispensable pour prendre en compte la référence. Malheureusement cette proposition développée dès 2011 entre à peine dans la phase d'étude au moment de cette évaluation (l'étude de définition des modalités de contractualisation des hôpitaux dans le cadre du FO était en cours de réalisation au moment de la présente évaluation).

D'autre part une réforme est en particulier urgente à Nouakchott où la centralisation du forfait au niveau de Sebkha pose de plus en plus de problèmes (prélèvement dans les Moughataa sans redistribution claire des primes et des médicaments).

> *« Il faut empêcher Sebkha de grossir, et changer son statut en maternité de référence, en améliorant ses conditions de soins…* » (un médecin ancien responsable du Forfait de Nouakchott)

Cette réforme du forfait à Sebkha s'inscrit dans le contexte du redécoupage de la ville de Nouakchott en 3 Wilaya administrativement autonomes. Le principe serait de conserver au maximum l'argent localement, ce qui est en fait l'un des principes du recouvrement des coûts. Dans cette logique le forfait apparaît comme une expérience pour améliorer le recouvrement des coûts. Le forfait ne devient qu'une modalité améliorée de paiement. La dualité entre les stocks de médicaments, les comités de gestions et les gestionnaires eux-mêmes ne se justifierait plus. Les médecins chefs jouent déjà le rôle essentiel dans la gestion de la plupart des forfaits.

L'intégration au niveau régional apparaît dans la logique de ce scenario pour le suivi et le contrôle. Le circuit de l'information doit y être concentré. Le forfait doit contribuer à améliorer le SNIS et à en augmenter l'utilisation au niveau décentralisé, pourvu que le SNIS l'intègre.

Enfin au niveau national, l'intégration dans la DSBN apparaît la plus naturelle dans le cadre de cette stratégie. Cette direction a la charge du suivi du recouvrement des coûts et le forfait est reconcentré au niveau des centres de santé. La relation avec les hôpitaux ne deviendrait que contractuelle. Le PNSR pourrait prendre alors la forme d'un établissement public avec des fonctions d'appuis (d'analyse des données, de formation ou de suivi) bien définies, un conseil d'administration et un budget autonome financé par le Ministère mais qui pourrait officiellement recevoir des appuis spécifiques des bailleurs.

Scenario 2 : contribuer à créer un mécanisme de couverture universelle

La deuxième direction stratégique possible s'inscrit dans la mise en place d'un financement d'une couverture santé universelle, pour lequel le gouvernement comme dans d'autres pays s'engagerait de plus en plus ouvertement. L'utilité d'avoir un fonds impliquant la société civile (et donc les patients) qui finance les services de santé du Ministère (ou du privé) est apparue dans beaucoup de pays comme nécessaire. En Mauritanie la CNAM qui ne couvre qu'une faible proportion de la population essentiellement à Nouakchott n'est pas en mesure (et ne le souhaite pas) de le faire seule, au moins dans l'immédiat.

Or, les gestionnaires régionaux du forfait, parfois non fonctionnaires, préfigurent déjà une structure nouvelle, celle de caisses régionales de financement qui seraient en charge de contractualiser l'offre de soins et d'assurer le rôle de tiers payant auprès des FOSA. Il sera nécessaire alors de clarifier leur rôle et leur statut car la situation actuelle du gestionnaire demeure encore ambigüe. Une structure gestionnaire plus grande ne se justifie que si elle a aussi des financements plus importants à gérer. L'étude menée dans le cadre du projet actuel CMR 1146 regarde comment le FO pourrait contractualiser avec les hôpitaux pour les références. Cette initiative utile ne doit pas porter seulement sur le calcul de « juste coût » mais aussi sur les moyens juridiques et financiers pour le payer, voire canaliser par le dispositif d'achat d'autres dispositions, de nature gestionnaire (amortissement et maintenance du capital) ou opérationnelle (incitation à la performance). Comme il paraît difficile (et pas souhaitable) d'augmenter le prix du forfait pour les usagères, une subvention (de bailleurs ou de l'Etat) sera nécessaire pour maintenir ou améliorer son accessibilité et garantir la durabilité des équipements. L'affecter directement aux hôpitaux paraît difficile si l'on veut qu'elle corresponde vraiment aux services rendus. Elle risque de devenir rapidement une somme forfaitaire annuelle ajoutée aux dotations budgétaires comme fonctionne actuellement la prise en charge très partielle des indigents. Mais la structure informelle du forfait ne lui permet pas actuellement de

recevoir directement des subventions de l'Etat ni des bailleurs. Cette stratégie doit donc renforcer les cellules gestionnaires en leur donnant un véritable statut et aussi par la même occasion les rendre responsables d'autres financements (éventuellement aussi des incitations à la performance qui font partie d'une stratégie nationale mais qui ne sont pas mis en œuvre).

Une telle stratégie a été débattue avec la direction de la CNAM en charge d'un groupe de travail sur la couverture universelle. L'option d'un Fonds de Couverture Santé Universelle a été aussi discutée avec le Ministère et l'Union Européenne. Dans cette logique, on peut imaginer aussi l'extension du financement en tiers-payant des césariennes (qui n'est encore que partiel dans le système actuel) ou d'autres services que n'arrivent pas à couvrir le forfait. On peut aussi imaginer que ce modèle assure aussi un financement réel d'une politique de la gratuité des accouchements et des actions préventives de santé maternelles. Certains imaginent que cette caisse régionale ait aussi la responsabilité du financement de la performance dont la stratégie a été validée et qui devrait être l'objet d'un programme important avec la Banque Mondiale en 2018. Le Forfait obstétrical apparaît alors comme une étape vers cette stratégie de financement de la santé. Il ne doit pas constituer un obstacle tout comme les mutuelles sont devenues dans certains pays un frein à la gratuité des prestations.

On peut enfin se demander si le forfait n'a pas freiné l'émergence de la gratuité des accouchements qui s'est imposée dans plusieurs pays voisins. C'est dans ce domaine que les leçons du forfait sont exportables. Il a montré qu'un financement ciblé pouvait dans certains cas améliorer les conditions de l'accouchement et n'était pas très cher par rapport aux moyens de l'Etat. La pérennisation de son action n'est pas dans l'augmentation de ces cotisations mais dans l'intégration du forfait dans les financements publics.

9.2. Recommandations sur le mécanisme du forfait

Redonner priorité à la qualité

R1-- Privilégier l'approfondissement, la garantie de qualité du dispositif forfait dans ses zones d'implantation actuelles et non son extension. Exception peut-être pour une Wilaya donnée dont la couverture complète pourrait permettre de tirer d'utiles leçons de gestion.

R2-- Revoir les conditions d'accréditation avant de lancer de nouvelles implantations, et les faire respecter (voir le Guide,, section sur l'extension en annexe). De nouveau : une application stricte de ces conditions sur une Wilaya complète, sur l'ensemble des FOSA de chaque Moughataa, pourrait permettre de tirer des leçons importantes.

R3-- Poursuivre les appuis à l'offre en précisant les conditionnalités en matière de personnel et de budget public. Les règles d'une bonne prise en charge et la qualité des soins, y compris de la qualité de la relation humaine, sont bien connues et disponibles dans tous les manuels. La supervision positive et le coaching par les pairs sont des méthodes qui ont fait leurs preuves.

Promouvoir davantage le rôle et la responsabilité des sages-femmes

R4-- Renforcer encore la formation des sages-femmes à travers leur formation continue permanente, à travers des journées de sensibilisation/rencontres entre elles et la société civile, à travers l'affiliation active de leur association à l'ICM et au travail de fond sur l'éducation et la régulation. Les ressources existent, il faut la volonté. Les sages-femmes n'ont pas vocation à superviser les accoucheuses, mais à assister tous les accouchements et garantir leur issue.

R5-- Appliquer à la Mauritanie les outils, les guides, les standards, les recettes éprouvées dans la grande majorité des pays par la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) et ses partenaires (OMS, UNFPA, UNICEF, AMDD, PMNCH, Lancet, BMGF, WAHO, WAHA, AMREF,

CAMES, etc.). Ces organismes respectés internationalement mais souvent faibles dans les pays francophones ont publié des normes et standards dont la Mauritanie n'a pas connaissance ni usage.[38] Une conseillère internationale sage-femme pourrait être recrutée pour aider les associations dans ce sens, et aider à a mise en place d'une approche moderne à l'exercice de la profession plutôt que la reproduction de mécanismes de consolidation des pouvoirs corporatistes en place.

Intégrer le nouveau-né

R6—Opérer un changement de paradigme pour intégrer le nouveau-né dans le FO, par exemple dans un « Forfait PLUS », qui inclurait les services au nouveau-né normal et au nouveau-né malade. On doit abandonner la notion de Forfait Néonatal comme préconisé dans le CMR 1127. Le nouveau-né ne peut pas être séparé de la mère : il ne serait pas pertinent de considérer un forfait additionnel. Il faut faire le lien avec la PCIME pour la prise en charge des complications néonatales qui surviendraient quelques jours après la naissance.

R7-- Dans le même esprit, prolonger la durée de couverture du Forfait Plus jusqu'à la fin du premier mois après la naissance pour tenir compte et prendre en charge les complications maternelles et néo-natales de cette période. La plupart des complications à prendre en charge pendant cette période ont été initiées pendant l'accouchement ou les suites de couches immédiates. Dans le même esprit la prolongation de la durée de couverture devrait permettre d'assurer une contraception post partum (et aussi post-abortum). Le PNSR devra demander un soutien financier et technique de la DSBN, à travers la PCIME, pour ces prises en charge additionnelles, sans augmenter le coût du Forfait pour les familles.

R8-- Faciliter le dépistage des complications en fin de grossesse par l'intégration d'une échographie gratuite supplémentaire au 9ème mois ou en début de travail dans les actes couverts par le forfait.

Réorganiser la gestion des médicaments

R9-- Faire un suivi rapproché par les niveaux central et régional sur la gestion de médicaments (stocks, prix, rangement, outils de gestion). Un pharmacien patenté pourrait être chargé d'assainir la gestion et en particulier de revoir les règles facilitant l'achat de médicaments hors CAMEC.

R10-- Remettre en place un système plus simple mais transparent pour organiser et suivre la redistribution des médicaments aux FOSA, selon les besoins exprimés et en fonction des utilisations.

Contractualiser les relations avec les hôpitaux

R11-- Analyser dans chaque Wilaya les dépenses et recettes de l'hôpital et des centres de santé pour clarifier la situation sur le partage des charges et des appuis ainsi que la part des actes dans les recettes du forfait. Une telle analyse pourra se faire dans le cadre du CMR 1188 au niveau d'une Wilaya.

---

[38] *les Standards internationaux ICM pour l'éducation de base des Sages-femmes, pour la régulation de la Profession de Sage-femme, pour les associations professionnelles de sages-femmes ; Les Compétences essentielles pour la pratique de sage-femme de base ; Les Curricula Modèles pour l'enseignement de la pratique de sage-femme ; les Curricula fondés sur les Compétences à destination des Ecoles de sages femmes ; Les Principes et la pratique des mentors pour la profession de sage femme.*

R12-- Veiller à ce que le paiement à l'acte demeure une ressource marginale dans le forfait et supprimer progressivement l'inclusion des actes dans les ressources du forfait.

R13-- Etudier les tarifications de matière pragmatique à partir des prix en place. Le « juste coût » n'existe pas et les coûts réels sont très variables

R14---Etudier les modalités gestionnaires du financement complémentaire proposé pour le paiement à l'hôpital des services fournis au forfait.

Atteindre les femmes les plus défavorisées

R15-- Clarifier avec le MASEF la répartition des tâches concernant les indigents. Le Ministère de la Santé n'a pas la charge d'identification des pauvres qui doit s'intégrer dans un programme plus vaste sur la pauvreté, mais a le devoir de les traiter avec la même attention que les autres. La gratuité pour toutes les indigentes devrait être partout respectée.

R16-- Mettre en place des mécanismes d'accompagnement des femmes défavorisées, d'implication des matrones de village ou de quartier pour qu'elles contribuent positivement aux décisions de recours aux soins en milieu institutionnel, d'accueil des femmes venant de loin dans les maisons d'attente situées à proximité des CS et des hôpitaux. Expérimenter la vente du FO hors FOSA pour voir si cela permet de toucher des femmes plus défavorisées.

R17-- Ne pas augmenter le prix du Forfait pour les femmes même en y ajoutant la fonction Forfait PLUS (voir plus haut). Faire appel au budget du Ministère pour des soutiens institutionnels à travers la DSBN et/ou la PCIME.

R18-- Réfléchir à une transition progressive vers la gratuité de certains services (tels que CPN,CPON, césarienne avec sang sécurisé) et l'établissement d'un système de financement en tiers payant pour les césariennes. Faciliter des voyages d'étude dans des pays qui ont mis en place des systèmes plus équitables. Comme expliqué précédemment, cette gratuité peut se faire en tirant les leçons de l'expérience du forfait et doit être préparée et correctement financée. C'est donc une recommandation à moyen ou long terme.

9.3. Recommandations sur l'ancrage institutionnel du forfait

Réformer l'ancrage au niveau national

R19-- Revoir les systèmes de coordination PNSR-DSBN (surtout) et PNSR-DRH, PNSR-DEPCIS, en facilitant le rôle de supervision/contrôle du DSBN sur le suivi du forfait. Faciliter l'appropriation du FO par la Direction de tutelle.

R20-- Clarifier le rôle du Comité de Pilotage (du forfait comme du PNSR). Elargir la participation aux agences internationales pour favoriser l'appropriation et le soutien. Faire un suivi rapproché des décisions prises lors des réunions, avec compte-rendu de suivi.

R21- Participer à la réforme du statut du PNSR selon différentes alternatives (établissement public, intégration..) et à la définition précise de ses tâches

R22-- Négocier des financements publics plus importants pour le PNSR ou la structure de suivi selon les alternatives choisies. Cette négociation budgétaire est d'abord le fait d'arbitrage du Ministère mais les bailleurs peuvent jouer un rôle de plaidoyer. Et négocier les financements publics pour le remplacement des équipements achetés par les précédents projets et les affectations de personnel supplémentaire dans les structures accréditées.

Renforcer l'ancrage vis à vis du niveau régional (DRAS)

R23-- Développer le rôle des DRAS en particulier pour le suivi et les supervisions du FO. Impliquer le Directeur Régional dans le suivi des décisions, la gestion y compris financière, l'intégration des données dans le SNIS, le plaidoyer auprès de la société civile, au prix d'un renforcement en personnel.

Décentraliser le forfait dans la capitale.

R24-- Adapter le forfait à la nouvelle division administrative de la capitale en 4 Wilayas, avec des structures de gestion, de comptabilité et de contrôle de qualité indépendantes les unes des autres.

R25—Repenser le rôle du CS Sebkha, qui a beaucoup souffert d'une croissance démesurée, probablement responsable de la récente baisse d'activité : Soit en lui rendant son rôle initial de centre de santé avec chirurgie et non plus de gestionnaire de l'ensemble du forfait de Nouakchott, soit en le transformant, au prix d'améliorations considérables, en maternité de référence avec en particulier un secteur de néonatalogie performant, et des véritables sages-femmes de garde au lieu des accoucheuses.

9.4. Recommandations sur la gestion du forfait

Simplifier le mécanisme de gestion, y compris financière

R26-- Revoir les outils de gestion et en particulier les liens entre les différents tableurs en les simplifiant. Mettre à jour le Guide de Fonctionnement du FO. Corriger les tableurs et s'assurer qu'ils sont distribués dans chaque Moughataa et veiller à l'exactitude des calculs des cumuls. Classer les données existantes. Avant de mettre en place une application informatique complexe (prévue par le nouveau statisticien), il apparaît nécessaire d'établir une base de données simple avec tous les tableaux existants, d'effectuer les cumuls par an et d'en faire une véritable analyse.

R27-- Poursuivre les actions de formation des gestionnaires FO ? sur la gestion financière, avec suivi de la formation et supervision positive. Donner une place importante à la gestion financière dans les missions de supervision. Effectuer de manière régulière des analyses comparatives et les transmettre pour discussion aux gestionnaires de forfait

R28-- Développer un dialogue avec les gestionnaires du forfait pour leur apporter un appui régulier en cas de problème. Mettre en place une « hotline » avec une réponse rapide à leurs questions auprès du gestionnaire.

Installer un système de suivi de la gestion financière

R29-- Etablir un système pour mettre à jour cette base de données complètes des budgets des forfaits en effectuant un récapitulatif des tableaux et une synthèse annuelle (non seulement sur les recettes et dépenses par structures de santé mais aussi sur leur activité).

R30-- Instituer la réalisation d'audits indépendants annuels des FO, impliquer l'inspection générale du MS et veiller à ce qu'ils soient suivis d'effets

9.5. Recommandations sur le suivi/évaluation du forfait

Le renforcement de la collecte et de l'utilisation des données

R31-- Clarifier l'indicateur « adhésion » en prenant en compte les abandons. Une solution serait de mettre en place un suivi de cohorte en instituant un suivi individuel des usagères. La mise en place

d'un tel dispositif a l'intérêt de proposer au SNIS la standardisation d'une approche de gestion des conditions de longue durée. Le modèle en est celui de la lutte antituberculeuse.

R32-- Renforcer le monitorage périodique et régulier des statistiques récoltées (lors de visites de supervision plus structurées) en donnant un feedback aux gestionnaires du forfait et aux personnes concernées (médecins-chefs, sages-femmes, associations). Développer et généraliser la grille de supervision actuellement testée. Harmoniser la compilation et l'utilisation des données statistiques (fichiers harmonisés, standardisés).

L'intégration dans le système national de suivi

R33-- Intégrer le forfait dans le SNIS. Il est souhaitable que les défaillances du SNIS en général (relevées par le rapport), et son « impasse » sur le Forfait en particulier, soient adressées dans les versions ultérieures du SNIS à partir de 2015-2016. Favoriser l'appropriation du Forfait par la DPCIS.

R34-- Développer les interactions entre le système de l'enregistrement de l'Etat-Civil et le SNIS afin d'augmenter le taux d'enregistrement des naissances et des décès. On ne plus travailler dans l'incertitude actuelle du nombre de naissances et de décès. Faire le plaidoyer et le lien avec l'administration en charge de l'Etat-civil. L'AFD pourrait ainsi faciliter l'intégration de ce type d'intervention dans une proposition au Fonds mondial qui ouvre cette possibilité.

R35-- Programmer et réaliser une nouvelle enquête SONU sur le modèle de celle effectuée en 2011 (publiée en 2012). L'AMDD a maintenant développé et testé une méthodologie plus rapide et moins coûteuse qu'il faudrait appliquer (voir Dr Dahada Ould el Joud, correspondant de l'AMDD dans la région).

R36-- Voir les résultats du SARA 2016 et du MICS 2015 comparativement à ceux de 2014 et 2011 pour en tirer des leçons sur la disponibilité et la qualité des services (SARA), ainsi que sur les perceptions et pratiques des familles (MICS).

9.6. Recommandations sur l'appui de l'AFD

Le suivi du projet actuel

R37-- Intégrer davantage le suivi financier des appuis du projet dans le Ministère avec un outil simple (tableur des dépenses annuelles)

R38-- Encourager des analyses ponctuelles sur la base des données existantes (comparaison des abandons, des consultations prénatales, des césariennes…)

R39-- Organiser des études indépendantes (y compris qualitatives) et non liées à l'évaluation du projet

R40-- Effectuer des coups de sonde sur la gestion des médicaments ou des recettes lors des missions de suivi

R41-- Améliorer le système d'audit annuel indépendant du PNSR pour qu'il soit en cohérence avec le suivi des dépenses par l'AFD

R42-- Veiller à l'inscription des moyens financiers pour le forfait dans le budget de l'Etat et pas seulement dans la révision du plan de développement sanitaire.

Le nouveau projet

R43-- Maintenir, renforcer, développer le FO dans une région complète, la Préfecture de l'Assaba, une des plus peuplées, en insistant sur la décentralisation de la gestion et l'aspect apprentissage pour servir de pilote au système national.

R44-- Expérimenter la gestion de l'appui par un bureau d'étude international pour un suivi plus rapproché et une approche plus globale de la santé de la région.

R45-- Soutenir les efforts de ce nouveau projet de développer la coordination avec l'UE et en particulier pour mettre en place un système de gestion des appuis à la fois souple mais plus conforme aux règles de finances publiques.

R46-- S'associer avec les autres bailleurs pour la mise en place d'un fonds commun et/ou d'un mécanisme de financement permettant un renforcement du système de finance publique.

R47-- Développer un dialogue politique pour que les leçons du forfait soient prises en compte dans l'élaboration de la nouvelle Stratégie de financement

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence pour le recrutement d'un consultant chargé de l'évaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif du « Forfait obstétrical »

Dans le cadre de son dispositif d'évaluations rétrospectives, l'Agence Française de Développement évalue, après achèvement les projets et programmes qu'elle finance. Cette démarche répond au souci de l'AFD de promouvoir un dialogue renforcé sur les résultats avec ses partenaires, de tirer les leçons des interventions passées et d'assurer une information objective sur la bonne utilisation des fonds publics qu'elle est chargée de mettre en oeuvre.
Ces évaluations sont pilotées et financées par l'AFD, confiées à des consultants externes et partagées avec ses partenaires nationaux, maîtres d'ouvrage des projets concernés. Elles ont pour principal objectif de formuler un jugement crédible et indépendant sur les questions clefs que soulèvent le bien fondé, la mise en oeuvre et les effets des projets. Elles suivent les principes et critères énoncés dans la politique d'évaluation de l'AFD1.
Les consultants doivent prendre en compte de façon équilibrée les différents points de vue légitimes qui peuvent être exprimés et conduire l'évaluation de façon impartiale. Cette prise en compte de la pluralité des points de vue doit se traduire, chaque fois que possible, par l'association des différentes parties prenantes du projet au processus d'évaluation.
Dans ce cadre, l'AFD souhaite recruter un consultant pour réaliser l'évaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif du « Forfait obstétrical » mis en oeuvre entre 2008 et 2013. A noter que les phases ultérieures pourront être abordées, mais de manière secondaire dans l'analyse : la phase suivante engagée en 2011 et encore en cours et dont l'achèvement est prévu en 2016, ainsi qu'une nouvelle actuellement en cours d'identification. Au sein de cette évaluation, une attention particulière sera portée à l'analyse qualitative de l'efficacité dispositif du FO dans son ensemble, quelle que soit la source de financement.

1. Description du projet à évaluer

1.1. Contexte au moment du lancement du projet

Classée 137e sur 177 pays selon l'Indice de Développement Humain en 2008, la Mauritanie connaissait au début du projet une situation sanitaire précaire. Selon l'OMS, l'espérance de vie à la naissance était alors de 58 ans et le taux de mortalité infanto-juvénile de 122 décès pour 1 000 enfants de moins de 5 ans. S'agissant du taux de mortalité maternelle, celui-ci atteignait 686 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce niveau élevé dépasse celui atteint chez certains de ses proches voisins (Sénégal, Burkina Faso). Bien qu'en diminution au cours des dix années précédentes, la mortalité maternelle reculait à un rythme insuffisant pour atteindre l'OMD 5 à l'horizon 2015 (fixée à 232 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes).

Trois raisons sont fréquemment évoquées pour expliquer ce niveau élevé de mortalité
maternelle :
- la proportion élevée de grossesses à risque potentiel (grossesses précoces, grossesses rapprochées), dans un contexte où la prévalence de la contraception était limitée (9.3% selon l'enquête MICS 2007) des femmes en âge de procréer mariées) ;
- une insuffisance dans la qualité du suivi des grossesses, avec notamment une couverture en CPN (au moins 4 visites2) très insuffisante ;
- une faible accessibilité (géographique, financière) aux soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité (en particulier, la césarienne). Ainsi, seuls respectivement 55 et 28 structures sanitaires offraient des SOU de base et complets pour une superficie de plus de 1 million de km2. Il en résultait que 2/3 des complications obstétricales ne sont pas prises en charge dans les structures SOU (enquête SOU, 2005).

En outre, ces indicateurs cachaient de fortes disparités régionales et en termes de niveau de vie : si plus de 90% des accouchements étaient assistés par du personnel médical en milieu urbain, ce ratio atteignait seulement 39% en milieu rural. L'écart allait même de 1 à 7 selon le quintile de niveau de vie, avec un taux d'accouchements assistés par du personnel médical de seulement 12% environ pour les ménages les plus pauvres (enquête MICS3, 2007), illustrant l'importance des barrières financières à l'utilisation des services de santé maternelle. La charge des dépenses de santé (maternelle) restait en effet fortement supportée par les ménages, en l'absence d'assurance maladie universelle, alors que le secteur de la santé représentait seulement environ 5% des dépenses publiques totales en 2009, soit une part largement inférieure à celle observée dans les pays voisins (plus de 15% au Burkina Faso, plus de 10% au Niger et au Sénégal par exemple), et au niveau recommandé par l'Union africaine, dans sa déclaration d'Abuja en 2001 (15%).

Dans ce contexte, l'AFD a décidé en 2008 de cofinancer, à la suite de la Coopération française, un dispositif appelé « forfait obstétrical » (FO), aux côtés de la Coopération espagnole, de l'UNFPA et de l'UNICEF. Ce dispositif, testé sous une forme pilote dès 2002 à Nouakchott, propose aux femmes enceintes pour un montant forfaitaire (de l'ordre de 17 €), inférieur à la tarification à l'acte4, la prise en charge de l'ensemble des frais liés à la grossesse et à l'accouchement, y compris le transport et la césarienne en cas de complications. Le forfait
obstétrical vise ainsi principalement à assouplir les barrières financières à l'utilisation des soins de santé maternelle, en permettant leur prépaiement et la possibilité de les payer en plusieurs fois, ainsi qu'une mutualisation du risque obstétrical (via un tarif unique5). Il vise également à améliorer la qualité des services de santé maternelle (notamment formation et motivation financière du personnel, achat des équipements manquants dans les structures sanitaires bénéficiaires, système spécifique de gestion des médicaments, suivi renforcé des structures de santé couvertes par le MS, système d'accréditation a minima des structures de santé en capacité de proposer le FO). Enfin, le forfait s'appuie, dans sa mise en oeuvre, sur des campagnes de sensibilisation (au-delà du forfait) à la santé de la reproduction.

2 Norme OMS.

3 Enquête par grappes à indicateurs multiples.

4 Une analyse en 2011 montrait que la cotisation de 5500 oughiyas pour le forfait restait inférieure à la somme des tarifs à l'acte pour les soins auxquels il ouvre droit : Première consultation prénatale = 500 MRO, consultations prénatales n°2 à 4 et consultation postnatale = 200 MRO, échographie = 2000 MRO, bilan biologique = 2000 MRO, accouchement normal= 2000 MRO. Ceci sans tenir compte des frais pour la prise en charge des complications éventuelles, en particulier référencement et césarienne.

5 Ainsi, l'application d'un même tarif aux femmes enceintes, quels que soient les risques pathologiques associés,
implique que le dispositif ne constitue pas une simple modalité de recouvrement des coûts, mais contienne un élément assurantiel (partage du risque obstétrical).

L'AFD, au côté des autres partenaires, appuie cette stratégie d'extension géographique, au travers d'un financement octroyé sur la période 2008 - 2013. Dans un contexte d'engagement international fort vis-à-vis de la réduction de la mortalité maternelle (cf. sommets du G8 à Muskoka en 2010 et à Deauville en 2011), le forfait obstétrical est en outre régulièrement mis en avant, en particulier par la France, comme un projet emblématique (cf. cité dans le « best practices stocktaking » du rapport sur la redevabilité de Deauville).

Toutefois, à l'heure où l'initiative de Bamako (1987)6 apparaît pour certains en partie dépassée7, ce dispositif reste relativement isolé dans une région où les politiques d'exemption du paiement de certains soins (en particulier maternels) se multiplient (cf. Burkina Faso, Bénin, Guinée, Sénégal, Mali et Niger). En outre, alors que des études conséquentes existent sur les avantages et les limites de la « gratuité »8, le forfait obstétrical vient de faire l'objet d'une évaluation d'impact à partir des données statistiques existantes, portant sur la période 2000-2011 (résumé en annexe 7). Alors qu'on observe une amélioration généralisée des indicateurs de santé maternelle et infantile sur l'ensemble du territoire mauritanien durant cette période, l'étude n'a pas permis de mettre en avant d'effet significativement positif du forfait sur le recours aux soins (taux d'accouchement assisté, notamment) ni sur la mortalité néonatale pour l'ensemble des femmes résidant dans les districts où il avait été implanté. Paradoxalement, il semble que la mise en place du FO a favorisé l'accouchement des femmes dans des structures de premier niveau plutôt qu'à l'hôpital et a conduit à une hausse moins marquée du taux de césarienne. Ceci étant, on observe dans les districts couverts une hausse plus importante des taux d'utilisation des services pour les populations les plus défavorisées (femmes moins éduquées, plus jeunes, plus pauvres, notamment), mais ces différences ne sont pas assez significatives au plan statistique pour être attribuées avec certitude au forfait obstétrical. Par ailleurs, en 2011, les structures de santé proposant le FO disposaient de davantage de personnel selon les normes et les pratiques de ces personnels étaient plus adéquates que dans les autres structures de santé. Ces résultats soulèvent de nombreuses interrogations auxquelles la présente évaluation devra contribuer à répondre.

1.2. Projet financé par l'AFD

Le projet avait pour finalité de contribuer à la réduction des mortalités maternelle et néonatale

en Mauritanie en renforçant l'accessibilité et la qualité de la prise en charge obstétricale pour les femmes enceintes et en améliorant la prise en charge des problèmes néonataux. Il s'inscrivait dans le cadre de la stratégie nationale de Santé et était structuré en trois composantes :
Composante 1 : Renforcement de l'accessibilité et de la qualité de la prise en charge obstétricale. Cette composante visait à étendre la couverture du risque obstétrical avec la mise en place du forfait obstétrical dans 12 moughataa de 4 wilayas, conformément à la planification du ministère de la santé et en complémentarité des autres partenaires techniques et financiers du ministère (en particulier le FNUAP, l'UNICEF et la Coopération espagnole) en vue d'atteindre une couverture de 80% de la population en 2010. Cette composante soutenait en particulier les activités liées à la sensibilisation ainsi que la formation du personnel et des gestionnaires, la mise à disposition du fonds de roulement et la fourniture de compléments d'équipements pour les centres de santé ciblés.
Composante 2 : Renforcement des capacités du ministère de la Santé pour la coordination et le suivi de la stratégie nationale de santé de la reproduction. Cette composante appuyait en particulier l'opérationnalisation d'un point focal en charge du forfait au sein du PNSR9 et son appui aux niveaux technique et logistique pour des missions de suivi et de supervision. Le projet mettait aussi à disposition du ministère une Expertise Technique Internationale (il s'agissait de la prolongation de la mission de l'ETI alors en poste) qui avait un rôle de conseiller du coordinateur du PNSR et de formateur. Il devrait participer aux activités de suivi et de supervision et appuyer le ministère pour la conception d'outils de pérennisation et de suivi du forfait sur les plans technique, gestionnaire et juridique. Cette composante soutenait également la coordination technique et administrative au travers de l'organisation d'un atelier national et d'ateliers régionaux annuels du forfait, ainsi que la réalisation d'audits qualité. Le projet visait aussi à évaluer et diffuser la stratégie et les résultats du forfait, appuyant notamment le ministère pour la préparation et la participation à des congrès et publications scientifiques et grand public.
Composante 3 : Amélioration de la prise en charge des problèmes néonataux. Il s'agissait d'appuyer le ministère pour la définition d'une stratégie de prise en charge des problèmes néonataux, par l'organisation de groupes de travail techniques et la réalisation de trois recherches opérationnelles. En matière de mise en oeuvre, le projet devait appuyer des maternités de Nouakchott appliquant le forfait obstétrical à Nouakchott pour (i) le renforcement des capacités de prise en charge de l'asphyxie néonatale, à travers un complément d'équipements et la formation du personnel, (ii) une analyse économique et financière de la prise en charge néonatale et ses conséquences sur le coût du forfait obstétrical, et (iii) la mise en oeuvre et le suivi de la stratégie retenue à titre expérimental.
Pour réaliser ces activités, le projet était en mesure de financer :
· des équipements de base pour formations sanitaires ciblées par l'extension du forfait et la prise en charge néonatale à Nouakchott (environ 56), des échographes pour les centres de santé non pourvus (estimés à 10), des véhicules (deux ambulances et un véhicule de supervision) ainsi que du matériel informatique et bureautique pour les gestionnaire du forfait ;
· des médicaments et consommables ;
· les frais liés à la supervision, la sensibilisation et la formation, ainsi que l'organisation de réunions et ateliers (déplacements, consommables, bureautiques) ;
· des frais de communication et de publication, y compris les traductions, ainsi que la participation à des réunions internationales ;
· des expertises nationales en recherche (6 à 8 hommes/mois), un ETI (24 hommes/mois) et un comptable pour la durée du projet ;
· l'organisation d'études et de recherches (expertises, enquêteurs, outils de gestion) ;
· des prestations de soins pour les nouveau-nés dépistés dans le cadre des recherches ;
le Programme national de la santé de la reproduction : service du ministère chargé notamment de la coordination du forfait obstétrical
· les missions d'audit et les évaluations.
Pendant la durée du projet, le forfait obstétrical a été étendu à plusieurs régions en Mauritanie. Selon les données du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) au 30 septembre 2013, 26 moughataas du pays (soit 47% des 55 moughataas du pays) - qui

représentent 58% de la population mauritanienne – étaient couvertes par le forfait obstétrical. Le nombre de formations sanitaires ainsi couvertes par le forfait représentait 33% des formations sanitaires réalisant plus de 30 accouchements par an.
Le projet a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours en 2011, dont le rapport sera communiqué aux consultants.

2. Objectifs, méthode et approche du travail d'évaluation
L'évaluation visera à apprécier la performance du projet financé par l'AFD au regard des 6 critères détaillés plus bas, mais aussi à analyser l'efficacité du FO au niveau des établissements de soin et des usagères.
Le travail d'évaluation s'appuiera sur une démarche en trois étapes :
- structurer la démarche évaluative ;
- conduire l'analyse évaluative ;
- présenter les conclusions des travaux évaluatifs et les recommandations.
Le consultant s'efforcera au fil de ses travaux de montrer et d'expliciter clairement le cheminement progressif des étapes entre les observations (données brutes, faits, discours, pratiques), les constats (indicateurs, ratios, typologies, tendances), les jugements (analyses et interprétations) portés et les leçons/recommandations.
La démarche évaluative devra être assortie d'enquêtes socio-anthropologiques et organisationnelles approfondies, ainsi que d'une analyse qualitative rigoureuse. Il s'agira de comprendre la manière dont le forfait s'inscrit dans l'activité des établissements de soin et influence leur fonctionnement et si/comment les femmes enceintes ont connaissance du dispositif, décident ou non d'y adhérer, le perçoivent et l'articulent avec leur stratégies plus larges de recours aux soins. Cette approche qualitative viendra compléter des analyses statistiques de l'impact du dispositif menées par ailleurs à partir des données d'enquêtes ménages mauritaniennes.

2.1. Structurer la démarche évaluative
Au cours de cette phase préparatoire, le consultant doit :
- rassembler et consulter toutes les informations et tous les documents relatifs au projet évalué (instruction, exécution, suivi) et à la compréhension de son contexte. Les documents à consulter seront disponibles auprès des structures suivantes : AFD, Ministère de la santé mauritanien, partenaires techniques et financiers du projet.
- reconstruire la logique d'intervention du projet en étudiant le cadre logique du projet. La logique d'intervention est constituée de l'ensemble des activités mises en oeuvre, des moyens mobilisés, du mode de suivi adapté (yc. indicateurs), des réalisations, des résultats et des effets attendus, ainsi que des hypothèses qui expliquent comment les activités ont conduit aux effets dans le contexte de l'intervention. La reconstruction de la logique d'intervention doit notamment permettre à l'évaluateur : (i) de clarifier les objectifs de l'intervention et de les traduire en une hiérarchie d'effets attendus, et (ii) d'aider à juger la cohérence interne de l'intervention ;
- reconstruire la logique d'intervention du dispositif du FO ;
- approfondir le cadre de l'évaluation sur la base des termes de référence, des documents collectés et des logiques d'intervention reconstruites. Il s'agira : (i) d'identifier les principales questions qui serviront à focaliser le travail d'évaluation sur un nombre restreint de points clés afin de permettre une collecte d'information plus ciblée au cours de la phase de terrain, une analyse plus fine et un rapport plus utile ; (ii) de préciser les indicateurs et la nature des informations à utiliser pour répondre aux questions, ainsi que les sources correspondantes ; (iii) d'établir les étapes du raisonnement qui permettront de répondre aux questions (critères de jugement).
A partir de ce travail méthodologique le consultant proposera un document synthétique de cadrage de l'évaluation quelques jours après le démarrage de ses travaux.
Ce document pourra faire l'objet d'un échange entre le coordonnateur, le groupe de référence et le consultant et permettra de discuter avec le consultant de la manière dont il entend structurer la démarche évaluative. Comme indiqué ci-dessus, il s'agira dans ce cadre de vérifier que le consultant a bien repéré (i) les principales questions qui serviront à focaliser l'évaluation sur un nombre restreint de points clés ; (ii) les indicateurs à utiliser pour répondre aux

questions et les sources d'informations correspondantes ; (iii) les étapes du raisonnement qui lui permettront de répondre aux questions.

2.2. Conduire l'analyse évaluative
Le consultant devra conduire l'analyse évaluative en deux temps.

2.2.1. Etablir un récit détaillé et analytique du projet évalué et du dispositif du FO
Dans un premier temps, le consultant établira un récit détaillé et analytique du projet. Il devra notamment en retracer l'historique afin d'en restituer le déroulement à ses différentes étapes. Dans ce cadre, il veillera à distinguer la phase d'instruction du projet (de l'identification jusqu'à l'octroi du financement AFD), sa phase d'exécution (de la signature de la convention de financement jusqu'à l'achèvement du projet), et enfin les faits marquants intervenus entre la date d'achèvement du projet et la date de l'évaluation.
Le consultant formalisera ses observations (les données brutes seront présentées dans le récit ou dans les annexes qui y seront rattachées) et les constats qui découlent des faits, des données, d'interprétations et d'analyses. Ce récit devra notamment comprendre :
- une présentation du contexte et de son évolution
- une description du projet (objectifs, contenu, intervenants, mode opératoire, etc) ;
- un résumé analytique du déroulement du projet depuis son identification jusqu'à la date de l'évaluation mettant en évidence les principaux évènements qui l'ont marqué, présentant l'affectation et le volume des financements mobilisés, rappelant les principales difficultés rencontrées et mentionnant le cas échéant les réorientations survenues.
A cet effet, il devra compléter les travaux effectués lors de la phase préparatoire en conduisant des entretiens avec les personnes impliquées ou ayant été impliquées dans la conception, la gestion et la supervision du projet.
Un travail très conséquent de récit détaillé et analytique du dispositif du FO, a été réalisé récemment dans le cadre de la récente évaluation d'impact quantitative du FO et de l'instruction d'un nouveau projet de l'AFD dans le secteur santé en Mauritanie. Les synthèses de ces documents seront fournies au consultant, afin qu'il se les approprie avant d'élaborer une synthèse de son analyse du contexte et du développement du dispositif.

2.2.2. Evaluer la performance du projet au regard de six critères d'évaluation
A partir des constats et des informations disponibles, le consultant devra dans un second temps évaluer la performance du projet à partir des cinq critères préconisés par le CAD de l'OCDE : pertinence, efficacité, efficience, impact et durabilité. La valeur ajoutée de l'action de l'AFD fera également l'objet d'un examen spécifique et constituera ainsi un sixième critère d'évaluation. Ces critères sont explicités dans un schéma en annexe 6. Pour chacun de ces critères, des pistes d'évaluation sont par ailleurs préconisées ci-dessous. Il reviendra au consultant de les préciser et de les compléter. Le consultant doit impérativement fournir un jugement de valeur (encore appelé appréciation raisonnée) sur chacune des questions d'évaluation soulevées par l'examen des critères. Ce jugement sera résumé en quelques lignes pour chacun des critères d'évaluation dans une fiche de synthèse d'une page conformément au modèle annexé aux présents TDR. Cette fiche sera insérée dans le résumé du rapport.
Dans le cadre de cette analyse, le consultant s'assurera que les jugements formulés pour chacun des six critères d'évaluation permettent de recouvrer l'ensemble des étapes marquantes du cycle du projet (instruction, mise en oeuvre, période post projet entre l'achèvement et la date de l'évaluation et post) repérées dans le cadre du récit analytique ci-dessus mentionné.

2.2.3. Mener une analyse qualitative approfondie sur les effets du forfait sur l'offre et la demande de soins
Le consultant devra approfondir les enjeux abordés dans le cadre des critères évaluatifs d'efficacité et d'impact, afin de mettre en perspective les résultats limités mis en lumière par l'évaluation quantitative d'impact réalisée récemment (annexe 7).
Il devra en particulier donner des éléments, étayés par des observations approfondies et prolongées sur le terrain, pour comprendre la manière dont le forfait obstétrical s'insère dans le fonctionnement des établissements de soin de tous niveaux (postes, centres, hôpitaux) qui y

adhèrent et les influences qu'il peut avoir sur i) la disponibilité et les pratiques des personnels de santé (application des bonnes pratiques et recours à la césarienne, notamment), leur motivation et leur interaction avec les patientes, ii) les moyens de fonctionnement des établissements, iii) la disponibilité des médicaments. Ceci correspond aux critères de pertinence et d'efficacité détaillés ci-dessous.
Il devra construire une démarche d'enquête socio-anthropologique afin d'analyser la manière dont les femmes perçoivent les services de santé périnataux, comment/si les femmes connaissent le forfait et pourquoi elles décident ou non d'y adhérer, et en quoi ce choix affecte leurs stratégies financières en matière de santé, ainsi que leurs comportements de recours aux soins (décision de recourir aux soins et niveau de soins auquel elles recourent). Ceci correspond aux critères de pertinence et d'impact détaillés ci-dessous.
Il reviendra au consultant de proposer pour cette partie un protocole d'enquête méthodologiquement et scientifiquement étayé. Celui-ci devra par exemple permettre la sélection de terrains d'enquête pertinents, proposer des stratégies d'accès aux interlocuteurs et d'entretien ou d'observation susceptibles de réduire les biais dans l'information recueillie, ou encore proposer des méthodes d'analyse rigoureuses.

Détails sur les critères d'évaluation

_ Pertinence

Le consultant appréciera ici d'une part le bien-fondé de l'action conduite au regard des objectifs et des enjeux déterminés au départ (pertinence du projet à son origine). Il appréciera, d'autre part, comment ce bien fondé a évolué au cours du temps (évolution de la pertinence du projet au fil du temps).
Dans ce cadre, le consultant examinera de manière systématique la correspondance du projet avec :
- les orientations nationales et régionales en matière de santé de la reproduction;
- la définition, les besoins et attentes des bénéficiaires finaux (femmes enceintes des différentes régions). Sur ce point spécifique et pour juger plus particulièrement de la pertinence à l'origine du projet, le consultant pourra par exemple examiner les efforts qui ont été déployés au moment de l'instruction pour définir les bénéficiaires finaux du projet et prendre en compte leur point de vue;
- les attentes et contraintes des établissements et personnels de santé au niveau local ;
- les stratégies et interventions des autres parties prenantes (ONG impliquées sur les questions de la santé de la reproduction, partenaires techniques et financiers, établissements sanitaires, autorités locales formelles, traditionnelles ou religieuses…) ;
- les capacités et les moyens de supervisions des entités déconcentrées (DRAS, Médecins chefs)
- les attentes/besoins des femmes et leurs capacités de financement de la santé
Cette analyse sera systématiquement complétée par une appréciation de :
- la cohérence interne du projet. Il s'agira ici, à partir de la logique d'intervention de reconstruire, de juger la concordance des divers moyens et instruments mobilisés pour concourir à la réalisation des objectifs ;
- la capacité à intégrer la situation et les attentes des bénéficiaires finaux et des partenaires opérationnels au travers notamment d'analyses préalables;
- la cohérence externe du projet (concordance avec les actions entreprises par les autres acteurs – à préciser selon les cas - bailleurs de fonds bilatéraux et/ou multilatéraux, administration, ONG…).

_ Efficacité

Le consultant appréciera en premier lieu le taux de réalisation du projet (comparaison entre les réalisations attendues et les réalisations effectives).
Le consultant appréciera ensuite le degré d'atteinte des objectifs du projet (en particulier les objectifs spécifiques).
Le consultant procédera, pour ces deux appréciations, à une analyse des écarts constatés et tentera une analyse de la contribution du projet aux résultats obtenus.
Le consultant devra porter une attention particulière aux indicateurs du projet mentionnés dans la partie 5.2 de la note au Conseil.
Le consultant devra surtout sur ce point s'attacher à interpréter, comprendre et mettre en

perspective les résultats obtenus au travers de l'évaluation d'impact quantitative et ce au travers d'une analyse qualitative sur la manière dont le forfait s'insère dans l'activité des établissements de soin et influence leur fonctionnement.

_ Efficience

L'efficience étudie la relation entre les moyens mis en oeuvre et leurs coûts, d'une part, et les résultats obtenus d'autre part. Il s'agira ici d'apprécier si les ressources du projet (fonds, expertise, temps, etc.) ont été converties en résultats de façon optimale.

L'évaluation conduite par le consultant doit permettre :

- d'apprécier si les ressources nécessaires ont bien été mises en place, en temps voulu et en permettant un ratio coût/efficacité optimal ;
- d'analyser les éventuels retards et dépassements constatés ;

_ Impact

Le consultant appréciera ici les effets à long terme (ou les perspectives d'effets), positifs et négatifs, primaires et secondaires, qui peuvent être raisonnablement attribués en partie ou en totalité à l'action évaluée, directement ou non (effets directs et indirects), intentionnellement ou non (effets attendus en matière d'augmentation du recours aux soins périnataux et amélioration de la santé des mères et des nouveaux nés ou effets non attendus).

Ceci concernera à la fois le projet financé par l'AFD et le dispositif du FO dans son ensemble. Pour ce faire, cette analyse devra tenir compte des résultats obtenus lors de travaux réalisés précédemment (en particulier l'analyse statistique d'impact du forfait obstétrical mentionnée en introduction et détaillée en annexe 7 et évaluation à mi-parcours du projet) et devra les compléter par une appréciation qualitative, en particulier pour établir si/comment les femmes enceintes ont connaissance du dispositif, décident ou non d'y adhérer, le perçoivent et l'articulent avec leur stratégies plus larges de recours aux soins.

_ Durabilité

La durabilité est définie comme la continuation des bénéfices résultant d'une action de développement après la fin de l'intervention. Elle est donc assimilée à la probabilité d'obtenir des bénéfices durables sur le long terme.

Le consultant examinera donc ici si l'atteinte des objectifs fixés et les résultats déjà obtenus ou en voie d'obtention sont de nature à se maintenir, voire à s'amplifier, dans la durée, et si oui à quelles conditions. Dans ce cadre, il veillera à apprécier la durabilité de la disponibilité de l'ensemble des services prévus par le forfait obstétrical et les conditions de leur pérennisation, ainsi que les perspectives d'évolution de l'adhésion des femmes à ce dispositif.

_ Valeur ajoutée de l'action de l'AFD

Dans cette partie, le consultant portera une appréciation sur l'apport spécifique et la valeur ajoutée de l'action de l'AFD par rapport à d'autres interventions ou modes de faire à disposition du maître d'ouvrage. Il conviendra ici de porter un jugement critique qui devra faire ressortir les forces mais aussi les faiblesses de l'action de l'AFD. Cette analyse pourra être centrée sur les différentes étapes du cycle du projet, sur les caractéristiques des ressources financières apportées par l'AFD, sur des questions transversales (partenariat et dialogue, renforcement des capacités, etc.) ou sur toute autre question identifiée par le consultant.

_ Notation de la performance du projet

Afin de renforcer la clarté du positionnement de son analyse, le consultant attribuera une note pour chaque critère (A : très satisfaisant ; B : satisfaisant ; C : insatisfaisant ; D : très insatisfaisant). Un cadre est prévu à cet effet dans la fiche de performance. Le consultant devra également se prononcer sur la notation globale réalisée par l'agence figurant dans le rapport d'achèvement de projet en validant ou pas cette notation.

2.3. Conclusions et recommandations

Après avoir, de manière progressive, exposé ses observations, puis formulé ses constats et porté des jugements sur le projet et le dispositif du FO à l'aune de chaque critère d'évaluation, le consultant doit dans cette partie livrer ses conclusions générales de façon à porter une appréciation d'ensemble sur l'intervention évaluée et le dispositif du FO. Cette synthèse ne suit pas l'ordre des questions ni celui des critères d'évaluation. Le consultant distinguera les conclusions spécifiques dont la validité est limitée au projet évalué et les conclusions de portée plus générales. Ces conclusions doivent être hiérarchisées par ordre d'importance et classées par ordre de fiabilité. Cet exercice est destiné à faire ressortir les messages de l'évaluation qui

peuvent s'adresser à l'AFD, au maître d'ouvrage du projet ainsi qu'à l'ensemble des acteurs impliqués.
Le consultant identifiera des leçons et/ou des recommandations stratégiques et/ou opérationnelles. Ces dernières doivent être liées aux conclusions, regroupées et classées par ordre de priorité.
Ces leçons et/ou recommandations peuvent porter sur l'intervention elle-même, sur les prochains cycles de l'intervention, sur des interventions similaires dans d'autres contextes, sur les pratiques générales du cycle du projet à l'AFD (instruction, mise en oeuvre, suivi, etc) ou sur les modes de faire du maître d'ouvrage. Elles peuvent s'adresser à l'AFD, au maître d'ouvrage du projet ainsi qu'à l'ensemble des acteurs impliqués (opérateurs, ingénieur en appui conseil, bénéficiaires, etc). Le consultant doit toutefois veiller à bien mentionner à qui elles s'adressent.

Organisation de l'évaluation

3.1. Compétences requises pour mener l'évaluation
Les compétences requises pour réaliser cette évaluation sont celles d'une équipe d'experts couvrant les domaines suivants :
_ une bonne expérience en matière de coopération au développement ;
_ une expertise poussée en matière d'évaluation ou de recherche évaluative appliquées à des projets ou programmes ;
_ une expertise technique et sectorielle dans le domaine de la santé maternelle et du financement de l'accès aux soins (économie de la santé) ;
_ une expérience et des références de travaux qualitatifs (sociologie, anthropologie) approfondis ;
_ une expérience professionnelle en Mauritanie, au Maghreb et/ou au Sahel ;
_ une excellente maîtrise du français. La maîtrise d'une langue locale (en particulier le Hassanya) par au moins un membre de l'équipe est en outre indispensable.
L'équipe d'évaluateurs devra, dans la mesure du possible, être composé à la fois d'hommes et de femmes.
Le bureau d'études et les experts mobilisés pour la prestation ne doivent pas avoir de liens avec la contrepartie qui soient susceptibles d'interférer dans le processus d'évaluation et de mettre en doute l'impartialité et l'objectivité de ses conclusions.

3.2. Durée de l'évaluation
La prestation totale pour la réalisation de cette évaluation est estimée à environ 65 hommes/jours, en incluant la restitution élargie du rapport définitif.
La prestation débutera après signature du contrat entre le consultant et l'AFD. La date de démarrage est prévue pour le premier trimestre de l'année 2016, le rapport préliminaire devant être remis dans les quatre mois suivant le démarrage de l'évaluation.
Elle inclut notamment une réunion de lancement à Nouakchott (avec une visio-conférence à Paris), une mission de terrain et une réunion de restitution des conclusions du consultant à Nouakchott (avec une visio-conférence à Paris), en présence des partenaires concernés par le projet. Une restitution élargie à Nouakchott est également à prévoir une fois établie le rapport définitif.

3.3. Supervision de l'évaluation
Un groupe de référence sera constitué, qui apportera son appui et expertise de ses membres pour enrichir le travail des évaluateurs. Il participera à l'appréciation de la qualité de l'évaluation, sur la base des standards de qualité du CAD de l'OCDE. Il sera consulté pour le suivi et la validation des travaux réalisés par les évaluateurs, notamment de la note de cadrage, du rapport provisoire et du rapport final. Il échangera en téléconférence lors de la présentation de chacun de ces livrables, afin d'en commenter le contenu.
Ce groupe de référence est composé, pour l'AFD, de représentants des différents services concernés : division Santé, division évaluation et agence de Nouakchott. Le référent au sein de l'agence de Nouakchott est le coordinateur de cette évaluation et il assure le secrétariat de ce groupe.
Le groupe de référence sera ouvert, en qualité de membres indépendants, à des représentants :

· du Ministère de la santé : Direction des affaires financières, Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire, Direction de la Santé de Base et de la Nutrition et du Programme national de la santé de la reproduction.
· de l'UNICEF
· de l'AECID
· de l'OMS
Le groupe de référence se réunira à l'agence de Nouakchott, en visioconférence avec le siège de l'AFD à Paris. L'un des membres jouera le rôle de président de ce comité.
En cas de désaccords entre les membres du comité sur les commentaires à transmettre au consultant, c'est à l'AFD qu'appartiendra en dernière instance de décider sur les retours qui seront transmis.
Les demandes d'amendements formulés par les membres du groupe de référence ne doivent pas porter préjudice à la rigueur des résultats et à l'indépendance de l'évaluation, que le consultant a le droit et la responsabilité de garantir. En revanche, le consultant devra intégrer toutes rectifications fondées relatives au déroulement du projet, son mode opératoire, les responsabilités institutionnelles à son égard, etc. En cas de différences de point de vue quant à l'interprétation des résultats, si les désaccords d'interprétation persistent à l'issue de discussions entre le groupe de référence et le consultant, les publications devront faire état de ces désaccords et faire état des différents points de vue des Parties quant à l'interprétation des résultats.

3.4. Documents à présenter par les consultants
Les consultants invités à soumissionner devront fournir les éléments suivants :
_ une offre technique comprenant :
- une présentation de chaque organisation répondant :
_ Bref historique et descriptif des activités de l'organisation
_ Organigramme de la structure
_ Nombre d'employés (en général et en particulier dans le secteur concerné par la mission)
_ Contact (nom, fonction, adresse, tel, mail) pour cette mission
_ Chiffre d'affaires et résultats des 3 derniers exercices
19
_ Activité actuelle ou passée avec l'AFD (bref descriptif des missions, CA et contact(s) dans le groupe)
- une note de compréhension des termes de référence (2 pages) et de présentation de l'approche méthodologique utilisée (3 à 5 pages) ;
- les références et expériences du consultant (10 pages maximum) ;
- la constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités (y compris le nombre homme/jours par expert) entre ses membres et les CV proposés ;
- Le futur contrat sera conclu intuitu personae, c'est-à-dire en considération des noms et de la qualité des personnes intervenant au titre de la présente mission. Le titulaire du marché identifiera lors de la remise de sa proposition de service une équipe dédiée à l'exécution de la mission et précisera le nom et la qualité des personnes composant la dite équipe. Si ces personnes venaient à quitter la structure du titulaire du marché, l'AFD se réservera le droit de mettre fin au contrat sans indemnités pour le titulaire.
- le calendrier prévisionnel d'intervention ainsi qu'une estimation des charges en hommes/jours. ;
_ une offre financière comportant le budget global (HT et TTC) et les prix détaillés (honoraires, indemnités journalières, transports…). Le nombre de jours et le coût associé à chaque activité – et en particulier aux enquêtes de terrain – devra être mentionné précisément.
_ Votre accord (ou éventuels commentaires) sur le contrat cadre AFD (Annexe B du dossier de consultation)
_ La déclaration sur l'honneur présentée en Annexe C du dossier de consultation

3.5. Processus de sélection du consultant
Les propositions techniques seront évaluées sur la base de leur conformité aux termes de référence, à l'aide des critères d'évaluation et du système de points suivant :

_ références du consultant : 20 points ;
_ compréhension des TDR et méthodologie proposée : 40 points ;
_ qualification, expérience et cohérence de l'équipe proposée : 40 points.
Chaque proposition conforme se verra attribuer un score technique (St). Une proposition sera rejetée à ce stade si elle ne satisfait pas à des aspects importants des termes de référence, ou n'atteint pas le score technique minimum de 65 points sur 100.
La proposition financière la moins disante (Fm) recevra un score financier (Sf) de 100 points.
Les scores financiers (Sf) des autres Propositions financières seront calculés de la manière suivante :
Sf = 100 x Fm/F
Sf étant le score financier, Fm la proposition la moins disante et F le montant de la proposition considérée.
Les propositions seront ensuite classées en fonction de leurs scores technique (St) et financier (Sf) combinés après introduction de pondérations (T = 0,8 étant le poids attribué à la
20
Proposition technique et P =0,2 le poids accordé à la Proposition financière), selon la formule : S = St ′T + Sf ′ P .

4. Les livrables
A l'issue de la phase de structuration de la démarche évaluative (cf paragraphe 2.1), le consultant produira une note de cadrage de l'évaluation. Cette note (i) identifiera les principales questions qui serviront à focaliser le travail d'évaluation sur un nombre restreint de points clés afin de permettre une collecte d'information plus ciblée au cours de la phase de terrain, une analyse plus fine et un rapport plus utile ; (ii) précisera les indicateurs à utiliser pour répondre aux questions et les sources d'informations correspondantes ; (iii) établira les étapes du raisonnement qui permettront au consultant de répondre aux questions (critères de jugement).
Un rapport final provisoire sera produit à l'issue des travaux du consultant ainsi qu'un support de présentation sous format Power Point. Il sera transmis par l'AFD au Ministère de la santé mauritanien qui pourra également émettre ses commentaires par l'intermédiaire de l'AFD.
L'AFD formulera ses remarques et observations au consultant dans les trois semaines suivant la réception du rapport provisoire.
Le rapport définitif, intégrant ces observations, devra être disponible dans les 15 jours suivant la réception des commentaires. Si ces observations expriment des différences d'appréciation non partagées par les consultants, celles-ci peuvent être annexées au rapport définitif et commentées par les consultants.
Une restitution élargie du rapport définitif sera effectuée à Nouakchott.
Le rapport sera établi selon le plan type joint en annexe des Termes de référence, complétés par les parties jugées opportunes par le consultant pour restituer les résultats de l'analyse socioanthropologique.
Les rapports provisoire et définitif devront être remis sous format électronique.

Le rapport définitif restera la propriété de l'AFD qui en assurera elle-même la diffusion.

ANNEXES DES TERMES DE REFERENCE
_ Annexe 1 : Cadre logique du projet évalué
_ Annexe 2 : Liste indicative de documents à consulter
_ Annexe 3 : Liste indicative des structures à rencontrer
_ Annexe 4 : Plan type du rapport
_ Annexe 5 : Modèle de fiche de synthèse de la performance du rapport d'évaluation
_ Annexe 6 : critères du CAD
_ Annexe 7 : Résumé de l'évaluation statistique d'impact menée à partir des données existantes par l'IRD

Annexe 2 : Carte de la Mauritanie

Annexe 3 : Enquête qualitative : détails méthodologiques et guides d'entretien

Objectifs de l'enquête socio-anthropologique

Cette enquête a visé deux objectifs :

> Objectif 1 : Analyser les perceptions/satisfaction et les facteurs influant l'utilisation ou non des services FO par les femmes
>
> Objectif 2 : analyser les perceptions et la manière dont les prestataires s'organisent pour mettre en œuvre le FO

Ces objectifs impliquent à tous les niveaux de mise en œuvre du dispositif, une question transversale sur les perceptions des principaux acteurs concernés au niveau opérationnel (professionnels de la santé, femmes et groupes communautaires) à travers la définition qu'ils donnent sur le FO et la manière dont les FOSA s'organisent et délivrent les services de soins maternels et néonataux. Mais aussi des questions plus spécifiques du côté de l'offre sur le processus de mise en œuvre du FO dans les FOSA adhérentes, la manière dont son introduction dans écarts normes officielles et normes pratiques. Du côté de la demande, on s'attache aux perceptions des femmes adhérentes comme non adhérentes, au processus de décision, et aux réactions *a posteriori.*

Méthodologie

Nous avons privilégié les techniques qualitatives et intensives de production de données de terrain notamment issues d'approches de type socio-anthropologique. Dans l'ensemble, l'enquête a été réalisée entre le 18 avril et le 5 mai inclus.

Sites d'enquête

L'enquête a été réalisée au niveau opérationnel c'est-à-dire la première ligne de front de délivrance des services publics. Ce niveau concerne donc les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé. Six sites ont été sélectionnés : deux en capitale à Nouakchott et cinq en région répartis dans les Wilayas de Brakna et du Gorgol. Ces sites ont été sélectionnés en concertation avec le PNSR, selon les critères suivants:

- FOSA avec forfait ancien
- FOSA avec forfait récent
- FOSA sans forfait
- FOSA enclavé
- FOSA urbain *vs* rural
- Tous les niveaux de la pyramide sanitaire (hôpital, CS, PS)

Ainsi, les sites sélectionnés sont :

Nouakchott

1. Centre de santé de Sebkha: forfait ancien, 1er site FO (2002)
2. Centre de santé de Ryad: forfait récent (2010)

Wilaya de Brakna

3. Hopital d'Aleg (2007)

4. Centre de santé d'Aleg (2007)

5. Centre de santé de MaghtaLahjar (2010)

6. Poste de santé de Tembara (2014), enclavé (à 10 km de la route secondaire, sans bitume, sans accès au réseau téléphonique)

Wilaya du Gorgol

7. Centre de santé de Moungel (pas de forfait) au cœur du triangle dit « de la Pauvreté »

A ces FOSA, il faut compter le centre de santé d'Arafat (forfait ancien, 2004) qui a été choisi pour la formation et le test des outils d'enquête. Ainsi au total 8 FOSA ont été concernés dans cette étude.

A l'intérieur des FOSA, les investigations ont porté sur tous les espaces où se déroulent les services liés aux soins maternels et néonataux et sur les acteurs qui en assure la délivrance : salle CPN et CPON, salle d'accouchement, laboratoire. Hors des FOSA, à la recherche d'autres cibles, l'enquête a aussi été orientée dans d'autres établissements des services de l'Etat (ex : mairies, écoles), mais aussi dans les espaces publics (ex : marchés, alentours des FOSA) et lieux privés (ex : domiciles).

Enquêteurs et outils d'investigation

Une sélection de 13 enquêteurs/trices a pu être faite : 12 femmes et 1 homme. Travaillant dans le cadre de la santé maternelle avec comme actrices principales les femmes, nous avons choisi les candidatures féminines pour limiter les obstacles dans l'accès à leur point de vue. Nous avons aussi préféré avoir des agents de santé comme enquêtrices (8 sages-femmes et 2 infirmières), ceci dans le but de tirer profit de leur familiarité avec le milieu en les positionnant dans des postures d'enquêtes privilégiées que n'auraient pu accéder d'autres enquêteurs. Elles ont participé aux gardes de permanence comme de nuit. A travers leurs regards professionnels, nous avons ainsi pu documenter le déroulement quotidien des activités de santé de la reproduction dans les maternités concernées y compris les interactions avec les usagers. Nous avons ainsi pu recueillir des matériaux riches et pertinents avec très peu de biais. Deux superviseur(e)s ont complété cette équipe d'enquêteurs, une a Nouakchott, et un dans les régions.

La réalisation des enquêtes a nécessité la mobilisation de divers outils classiques de la socio-anthropologie :

- guide d'entretiens abordant différentes thématiques
- l'entretien individuel semi-directif formel et informel
- le *focus group*, ainsi que l'entretien de groupe formel et parfois informel
- la recension
- l'observation systématique et l'observation participante
- la photographie

Déroulement et dispositif d'enquête

L'enquête s'est déroulée en deux phases : une phase préparatoire et de prospection du terrain et une phase d'enquête proprement dite.

La première phase s'est déroulée essentiellement à Nouakchott. Dans un premier temps, elle a été consacrée à des visites de terrain au niveau institutionnel, précisément au Ministère de la Santé, à

l'AFD, à l'AECID, et à l'ONG Medicos del Mundo. Au niveau opérationnel, des établissements de santé ont été visités : un hôpital de référence nationale (Centre hospitalier mère-enfant) mais aussi au niveau des centres de santé (Sebkha, Arafat Ibn Sina, Ryad). Des observations systématiques à ces différents niveaux ont pu être faites ainsi que des entretiens avec des acteurs clés quand cela était possible. Si cette phase permettait de préparer les acteurs de l'offre à l'enquête qui allait suivre, elle a été également en quelque sorte une imprégnation *in situ* sur l'objet d'étude, ce qui a permis d'ajuster les outils de l'enquête et le contenu de la formation à l'endroit des enquêteurs.

Le deuxième temps, réservé pour la formation des enquêteurs s'est déroulé sur deux matinées. La première matinée a été une formation théorique portant sur des informations générales sur la santé maternelle et néonatale, le concept du FO et ses objectifs, les objectifs de l'enquête, la présentation et l'explication des outils et la démarche à adopter. Les enquêteurs ont été amenés à comprendre le principe du guide d'entretien par rapport au questionnaire et devaient ainsi pouvoir saisir d'éventuelles fenêtres d'opportunité apparaissant lors de la dynamique d'entretien. Aussi, des simulations de situation d'enquêtes ont permis de s'assurer de la compréhension des thèmes et sous-thème à aborder avec les enquêtés, les questions possibles à poser, particulièrement leur traduction en hassania, et les informations que celles-ci pouvaient générer. La réalisation des entretiens dans le cadre habituel des enquêtés a été souligné comme une des conditions permettant d'accéder aux discours réels, loin des paroles convenues. La seconde matinée était une formation pratique, en situation réelle d'enquête afin de tester le guide d'entretien et son appropriation par les enquêteurs. Pour cette pratique, le cantre de santé d'Arafat été choisi comme site test du fait de sa localisation d'accès facile et de son adhésion au FO (2005). Les enquêteurs ont été répartis entre les différents services et ils étaient corrigés dans l'utilisation du guide chaque fois que cela était nécessaire. Une synthèse a été faite à la fin du test.

Cibles de l'enquête

Afin de recueillir des données qualitatives aussi proches de la réalité, nous avons diversifié les profils de nos interlocuteurs en distinguant quatre catégories d'acteurs selon le type de rapport qu'elles ont avec le système FO et/ou leur implication dans la gestion de la maternité de manière générale : les femmes (adhérentes FO *vs* non adhérentes), les agents de santé, les responsables communautaires et les accoucheuses traditionnelles. Un total de 40 personnes devrait être rencontré par site, cet effectif non négligeable pour une durée d'enquête assez limitée permettait ainsi de trianguler un maximum de discours à partir de points de vue différents. Le tableau suivant renseigne sur les différents profils auxquels renvoient les cibles ainsi que le nombre d'entretien attendu par rapport à chacun d'eux. L'équipe des enquêteurs comprenait différents profils linguistiques (en plus du hassanya, le wolof, le pular et le soninké) en fonction des zones ciblées.

Tableau : Les cibles de l'enquête socio-anthropologique

Cible	Profil	Nombre d'enquêtés par site	
Femmes	Femmes adhérant au FO	5	Total : 15
	Femmes non adhérant au FO	5	
	Femmes qui n'utilisent pas les services de santé	5	
Agents de santé	Responsable du centre de santé	1	Total : 12
	Sage-femme responsable CPN	1	
	Sage-femme responsable accouchement	1	
	Sage-femme de garde	2	
	Accoucheuse auxiliaire	2	

	Agent responsable des médicaments	1	
	Laborantin	1	
	Ambulancier	1	
	Garçon de salle	1	
	Gardien	1	
Responsables communautaires	Membres des comités de gestion et comité de santé	2	Total : 12
	Maire et conseillers municipaux	1	
	Chef de quartier/village	1	
	Chef de ménage	4	
	Leader religieux : imam, marabout	2	
	Enseignant	1	
	Association locale de femmes	1	
Accoucheuses traditionnelles		1	Total : 1
			TOTAL : 40

Récapitulatifs de l'enquête

Les enquêteurs ont reçu un ensemble d'outils qualitatifs avec des instructions détaillées sur la conduite des enquêtes au jour le jour et des livrables. Au total les enquêtes ont été réalisées dans 6 FOSA et leurs communautés environnantes, 199 entretiens et 21 observations ont été réalisés. Un membre de l'équipe d'évaluation a appuyé sur le terrain pendant une semaine et a facilité les interviews avec les responsables des structures sanitaires. (Voir tableau page suivante)

Quelques difficultés rencontrées : L'enquête s'est globalement bien passée avec une très grande coopération du personnel de santé mais nos équipes ont rencontré quelques difficultés logistiques ainsi que : quelques obstructions ou tentatives de manipulation de certains gestionnaires de forfait surtout a Sebkha ; quelques difficultés d'approcher les femmes qui ne fréquentent pas les structures de santé et les accoucheuses traditionnelles qui craignaient une autre exploitation (ou des ennuis / sanctions) ;

Cible	Profil	Aleg	Mag.	Mou.	Tem.	Ryad	Sebkha	Total	TOTAL
		OBSERVATION							
		4	**4**	**2**		**5**	**6**	**21**	
		ENTRETIEN							
Femmes	Femmes adhérant au FO	6	6		5	6	7	**30**	**94**
	Femmes non adhérant au FO	6	6	6	5	6	4	**33**	
	Femmes qui n'utilisent pas les services de santé	5	5	6	5	5	5	**31**	
Agents de santé	Responsable du centre de santé	1	1	1	1	1	1	**6**	**55**
	Sage-femme responsable CPN	2	1	1		1	1	**6**	
	Sage-femme responsable accouchement	1	1			1		**3**	
	Sage-femme de garde	2	2				2	**6**	
	Accoucheuse auxiliaire	2	1	1	1	2	2	**9**	
	Agent responsable des médicaments	1	1	1		1	1	**5**	
	Laborantin	1	1	1		2	1	**6**	
	Ambulancier	1	1	1		1	1	**5**	
	Garçon de salle	1	1	1		1	1	**5**	
	Gardien		1	1		1	1	**4**	
Responsables communautaires	Membres des comités de gestion et comité de santé	1	1			1	1	**4**	**46**
	Maire et conseillers municipaux	2	1	1		1	3	**8**	
	Chef de quartier/village	1	1			1	1	**4**	
	Chef de ménage	4	4	2		4	3	**17**	
	Leader religieux : imam, marabout	2	2	1		2	2	**9**	
	Enseignant	1		1		1	1	**4**	
	Association locale de femmes								
Accoucheuses traditionnelles			2	1		1		**4**	**4**
TOTAL		**40**	**39**	**26**	**17**	**39**	**38**	**199**	

Annexe 4 : Lettre du Ministre de la Santé de 2011

بسم الله الرحمن الرحيم

République Islamique de Mauritanie
Honneur – Fraternité – Justice

Ministère de la Santé

الجمهوريـــة الإسلاميـــة الموريتانيـــة
شرف – إخاء – عـــدل

وزارة الصحـــة

N° 1005 80 /M

Nouakchott, le 02 AOU 2011 انواكشوط في

Le Ministre **الـوزيـر**

Lettre Circulaire

A tous les Directeurs Régionaux à l'Action Sanitaire et tous les Directeurs des Centres Hospitaliers

Objet : Note d'orientation sur le fonctionnement du forfait obstétrical

Le forfait obstétrical est une stratégie du Ministère de la Santé validée par le Plan Directeur 2005-2015, mise en œuvre par le PNSR, et qui s'applique à toutes les structures de santé de la pyramide sanitaire identifiées comme éligibles par le Comité de Coordination du PNSR.

Le forfait obstétrical est un système de financement des soins basé sur le principe du partage du risque et correspond à une cotisation forfaitaire volontaire réglée en une ou plusieurs fois par la patiente au cours de sa grossesse.

Il permet 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.

Les usagères ont le choix d'adhérer au forfait ou de payer chaque acte séparément mais quel que soit le mode de paiement, la qualité des soins prodigués est identique.

Toutes les recettes, acte ou forfait, sont collectées dans le même fond géré par le comité de gestion du forfait.

Ces recettes doivent en priorité assurer le réapprovisionnement en médicaments et consommables, garantir la référence vers la maternité chirurgicale, puis aider au fonctionnement des structures de santé et payer des primes au personnel.

La répartition des recettes est adaptée localement à chaque forfait mais doit être validée par le PNSR. En revanche, le comité de gestion est totalement responsable de la répartition individuelle des primes.

Le système est supervisé par un comité de gestion dont la composition est la suivante dans les capitales régionales :

- le DRAS, président du comité
- le gynécologue obstétricien
- le directeur de l'hôpital
- une représentante des sages femmes
- le gestionnaire spécialement nommé pour la gestion du système
- une représentante des usagères
- un représentant des élus (mairie)

A Nouakchott, tous les médecins chefs de moughataas sont membres de ce comité.

Dans les moughataas de l'intérieur du pays, le médecin chef est le président du comité qui ne comprend bien entendu ni gynécologue ni directeur d'hôpital mais dont le DRAS reste superviseur.

Le montant du forfait est fixé à 6500 UM à Nouakchott et Nouadhibou et 5500 UM partout ailleurs. Toute modification de tarif doit être justifiée par des contraintes budgétaires absolues et obtenir l'agrément du Ministère de la Santé.

Les fonds récoltés par le gestionnaire sont systématiquement déposés sur le compte bancaire ouvert à cet effet ; aucune dépense ne peut être effectuée sans la double signature du président du comité de gestion et du gestionnaire.

Le comité de gestion se réunit au moins une fois par trimestre pour valider les comptes. Il peut être convoqué à tout moment sur la demande justifiée de l'un de ses membres.

Je vous demande de bien vouloir m'accusé réception de cette lettre circulaire et de veiller à l'application stricte de ses orientations.

BA Housseynou Hamady

Ministère de la Santé

Annexe 5 : Tableau d'Extension du Forfait Obstétrical dans les Moughataa

En mauve : les Moughataa planifiées pour 2014 – En vert foncé : plans pour 2015

Codes administratifs	Wilayas	Moughataa	Structures de santé	Type	Année début forfait	Mois	Entité de soutien
00	NOUAKCHOTT	ARAFAT	CS ARAFAT IBN SINA	CS	2004	Mai	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	ARAFAT	CS ARAFAT OIS	CS	2004	Mai	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	ARAFAT	PS TESSAMOUH	PS	2011	Octobre	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	EL MINA	CS EL MINA	CS	2002	Novembre	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	EL MINA	CS EL MINA MèreEnfant	CS	2002	Novembre	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	RYAD	CS RYAD PK10	CS	2010	Mars	AFD 1127
0	NOUAKCHOTT	SEBKHA	PS BASRA	PS	?		AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	SEBKHA	CS SEBKHA	CS	2002	Novembre	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	EL MINA	CS KISSAL	CS	2011	Octobre	AFD 1127
00	NOUAKCHOTT	TEYARET	CS TEYARET	CS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	TEYARET	PS SOCOMATAL	PS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	TEYARET	PS DAR EL BARKA	PS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	TEYARET	PS EL MECHROUE	PS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	KSAR	CSM	CS	2015	en cours	UNICEF
00	NOUAKCHOTT	DAR NAIM	CS DAR NAIM	CS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	DAR NAIM	CS HAYE SAKEN	CS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	DAR NAIM	PS ELAVIYA	PS	2015	en cours	MONACO
00	NOUAKCHOTT	DAR NAIM	PS EL KHEIR	PS	2015	en cours	MONACO
01	HODH EL CHARGUI	NEMA	AGOUENIT	PS	2009	Janvier	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	NEMA	BANGOU	PS	2009	Janvier	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	NEMA	BERIBAVA	PS	2009	Janvier	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	NEMA	CS NEMA	CS	2005	Mai	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	NEMA	Centre Hospitalier NEMA	HR	2005	Mai	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	TIMBEDRA	BOUSTA	PS	2009	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	TIMBEDRA	BOUSTELLA	PS	2009	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	TIMBEDRA	COUMBI SALEH	PS	2009	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	TIMBEDRA	OUMGOUFFA	PS	2009	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	TIMBEDRA	CS TIMBEDRA	CS	2009	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	AMOURJ	CS'Amourj	CS	2013	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	AMOURJ	PS Adel Begrou	PS	2013	mars	AFD 1127
01	HODH EL CHARGUI	DJIGUENI	CS DJIGUENI	CS	2014	Decembre	AFD 1146
01	HODH EL CHARGUI	DJIGUENI	PS DJIMI	PS	2014	Decembre	AFD 1146
01	HODH EL CHARGUI	DJIGUENI	PS FEIRENNI	PS	2014	Decembre	AFD 1146
01	HODH EL CHARGUI	DJIGUENI	PS VEINYE	PS	2014	Decembre	AFD 1146
01	HODH EL CHARGUI	DJIGUENI	PS GHLIGUE EHLE BOYE	PS	2014	Decembre	AFD 1146
01	HODH EL CHARGUI	WALATA	CS WALATA	CS	2015	en cours	UNICEF
01	HODH EL CHARGUI	WALATA	PS GALBE EJMEL	PS	2015	en cours	UNICEF
01	HODH EL CHARGUI	WALATA	PS BERBARE	PS	2015	en cours	UNICEF
01	HODH EL CHARGUI	WALATA	PS ZOUGH	PS	2015	en cours	UNICEF
01	HODH EL CHARGUI	WALATA	PS M'RAIHIM	PS	2015	en cours	UNICEF
1	HODH EL CHARGUI	BASSIKNOU	CS BASSIKNOU	CS	201	en cours	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	AÏOUN	CS 'Aïoun	CS	2005	Mai	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	AÏOUN	EGJERT	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	AÏOUN	Hôpital Régional d'Aïoun	HR	2005	Mai	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	AÏOUN	OUM LAHBABAL	PS	2010	Août	AFD 1146

02	HODH EL GHARBI	KOBONNI	GOGUI	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	KOBONNI	KOBONNI	CS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	KOBONNI	LEGHLIGLU	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	KOBONNI	VOULANYA	PS	2011	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	KOBONNI	TREIDATT	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	TINTANE	AIN FARBA	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	TINTANE	AWEINATT	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	TINTANE	DAGHVEG	PS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	TINTANE	TINTANE	CS	2010	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	TINTANE	AGHARGHAR	PS	2011	Août	AFD 1146
02	HODH EL GHARBI	TAMCHEKETT	CS TAMCHEKETT	CS	2015	en cours	UNICEF
02	HODH EL GHARBI	TAMCHEKETT	PS SAVA	PS	2015	en cours	UNICEF
03	ASSABA	GUERROU	EL GHAIRE	PS	2008	Novembre	AFD 1146
03	ASSABA	GUERROU	GUEROU	CS	2008	Novembre	AFD 1146
03	ASSABA	GUERROU	KAMOUR	PS	2008	Novembre	AFD 1146
03	ASSABA	GUERROU	NTAKATT	PS	2008	Novembre	AFD 1146
03	ASSABA	KIFFA	BOUGAARA	PS	2007	Mai	AFD 1127
03	ASSABA	KIFFA	Centre de Santé Kiffa	CS	2005	Mai	AFD 1127
03	ASSABA	KIFFA	Hôpital Régional de Kiffa	HR	2005	Mai	AFD 1127
03	ASSABA	KIFFA	LEGRANE	PS	2007	Mai	AFD 1127
03	ASSABA	KIFFA	PK 70	PS	2007	Mars	AFD 1127
03	ASSABA	KIFFA	VONTHILLY	PS	2007	Mars	AFD 1127
03	ASSABA	KANKOSSA	CS KANKOSSA	CS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	KANKOSSA	PS KANKOSSA 2	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	KANKOSSA	PS KEWALLA	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	KANKOSSA	PS GARALLA	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	KANKOSSA	PS SANI	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	BARKEOL	CS BARKEOL	CS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	BARKEOL	PS DAGHVEG	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	BARKEOL	PS BOUBAGHJE	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	BARKEOL	PS REDHEDHIE	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	BARKEOL	PS BOULAHRATH 1	PS	2015	en cours	AFD 1146
03	ASSABA	BOUMDEID	CS BOUMDEID	CS	2015	en cours	UNICEF
3	ASSABA	BOUMDEID	PS BOUMDEID	PS	2015	en cours	UNICEF
04	GORGOL	KAEDI	Centre Hosp KAEDI	HR	2008	Mai	AFD1127
04	GORGOL	KAEDI	CSM	CS	2008	Mai	AFD1127
04	GORGOL	KAEDI	TENZAH	PS	2008	Mai	AFD 1127
04	GORGOL	KAEDI	TOULDE	PS	2008	Mai	AFD 1127
04	GORGOL	KAEDI	PS LEXEIBA	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	KAEDI	PS DJEOL	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	KAEDI	PS KOUNDEL	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	KAEDI	PS WOLLOUM NERE	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	KAEDI	PS TOCKOMADJI	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	MAGHAMA	CS MAGHAMA	CS	2012	Aout	AFD 1127
04	GORGOL	MAGHAMA	PS SAGNE	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	MAGHAMA	PS TOULEL	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	MAGHAMA	PS WALI	PS	2014	septembre	M.Mundi
04	GORGOL	MAGHAMA	PS BEILIGUE	PS	2014	septembre	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	CS M'BOUT	CS	2014	avril	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	PS N'DIADJIBINE	PS	2014	avril	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	PS FOUM GLEITA	PS	2014	mai	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	PS CHELKHIT TIYAB	PS	2014	juin	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	PS SOUFA	PS	2014	avril	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	PS TIKOBRA	PS	2014	mai	M.Mundi
04	GORGOL	M'BOUT	PS LAHRACH	PS	2014	avril	M.Mundi

05	BRAKNA	ALEG	Centre de Sante ALEG	CS	2007	Mai	AFD 1127
05	BRAKNA	ALEG	Hôpital Régional ALEG	HR	2007	Mai	AFD1127
05	BRAKNA	ALEG	MALE	PS	2011	Juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	ALEG	TEMBARE	PS	2014	janvier	M.Mundi
05	BRAKNA	ALEG	ELBATHA	PS	2014	juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	ALEG	BOUHDIDE	PS	2014	janvier	M.Mundi
05	BRAKNA	ALEG	BOURAT	PS	2014	Aout	M.Mundi
05	BRAKNA	ALEG	CHEGAR	PS	2011	Juin	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGUE	DAR EL BARKA/CHAME	PS	2009	Mars	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGUE	DAR SALAM	PS	2009	Mars	UNICEF
05	BRAKNA	BOGUE	BOGUE	CS	2009	Mars	UNICEF
05	BRAKNA	BOGUE	NIOLY	PS	2009	Mars	UNICEF
05	BRAKNA	BOGUE	SARANDOUGOU	PS	2009	Mars	UNICEF
05	BRAKNA	BOGUE	PS N'DIOROL	PS	2014	janvier	UNICEF
05	BRAKNA	BOGUE	PS DAR EL BARKA	PS	2014	janvier	UNICEF
05	BRAKNA	BOGUE	PS OLO OLOGA	PS	2014	janvier	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGUE	PS THIDE	PS	2014	juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGUE	PS ADJEIDJIR	PS	2014	juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGHE	PS N'GORAL GUIDALA	PS	2014	novembre	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGHE	PS REGBE 2	PS	2014	novembre	M.Mundi
05	BRAKNA	BOGUE	PS THIALGOU	PS	2014	juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	MACTA-LAJHAR	CS	2011	Mai	AFD1127
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	EL MENHAR	PS	2011	Mai	AFD1127
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	SANGRAFA	CS	2011	Mai	AFD1127
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	CHELKET DEMBA	PS	2011	Mai	AFD1127
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	DIONABA	PS	2013	decembre	M.Mundi
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	WADAMOUR	PS	2014	janvier	M.Mundi
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	chegare gadel	PS	2013	juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	MAGTA-LAJHAR	GOUEIWAT	PS	2013	Juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	BABABE	CS BABABE	CS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	BABABE	PS AERE GOLERE	PS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	BABABE	PS AERE M'BAR	PS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	BABABE	PS WOTHIE	PS	2014	avril	M.Mundi
05	BRAKNA	BABABE	PS TADIOUKEL	PS	2014	janvier	M.Mundi
05	BRAKNA	M'BAGNE	CS M'BAGNE	CS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS FONDOU	PS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS NIABINA	PS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS FERALLA	PS	2012	Aout	UNICEF
05	BRAKNA	M'BAGNE	BAGODINE	PS	2012	Aout	M.Mundi
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS SORIMALE	PS	2013	decembre	M.Mundi
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS GARLOL	PS	2013	decembre	M.Mundi
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS WINDING	PS	2014	Juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	M'BAGNE	N'DIAWALDI mango	PS	2014	Juillet	M.Mundi
05	BRAKNA	M'BAGNE	PS HEJAJ	PS	2014	Juillet	M.Mundi
06	TRARZA	ROSSO	Hòpital Régional ROSSO	HR	2011	Aout	AECID
06	TRARZA	ROSSO	Rosso	CS	2011	Aout	AECID
06	TRARZA	ROSSO	N'DIOURBEL	PS	2011	Aout	AECID
06	TRARZA	ROSSO	KHAIRIYE	PS	2012	Mars	AECID
06	TRARZA	ROSSO	DIEUK	PS	2011	Aout	AECID
06	TRARZA	BOUTILIMIT	HD BOUTILIMIT	HR	2013	Mai	AECID
06	TRARZA	BOUTILIMIT	BOUTILIMIT	CS	2012	Avril	AECID
06	TRARZA	KEUR MACENE	BOMBRI	PS	2012	Mars	AECID
06	TRARZA	RKIZ	RKIZ	CS	2012	Juin	AECID
06	TRARZA	MEDERDRA	TIGUINT	CS	2012	Fevrier	AECID
06	TRARZA	OUAD NAGA	OUAD NAGA	CS	2012	Avril	AECID

7	ADRAR	AOUJEFT	CS AOUJEFT	CS	2015	en cours	UNICEF
7	ADRAR	AOUJEFT	PS ELMADEN	PS	2015	en cours	UNICEF
7	ADRAR	AOUJEFT	PS TOUNGADE	PS	2015	en cours	UNICEF
7	ADRAR	AOUJEFT	PS WEKCHEDA	PS	2015	en cours	UNICEF
7	ADRAR	AOUJEFT	PS MEHEIRTH	PS	2015	en cours	UNICEF
7	ADRAR	ATAR	CS ATAR	CS	2015	en cours	MONACO
7	ADRAR	ATAR	CH ATAR	HR	2015	en cours	MONACO
7	ADRAR	ATAR	PS GSEIRTERCHAN	PS	2015	en cours	MONACO
7	ADRAR	ATAR	PS AIN EHEL TAYEE	PS	2015	en cours	MONACO
7	ADRAR	ATAR	PS TAWAZ	PS	2015	en cours	MONACO
7	ADRAR	CHINGUITTI	CS CHINGUITTI	CS	2015	en cours	MONACO
7	ADRAR	CHINGUITTI	PS AIN ESSAVRA	PS	2015	en cours	MONACO
08	DAKHLET NOUADHIBOU	NOUADHIBOU	Centre Hospitalier NOUADHIBOU	CHN	2008	Mai	AFD 1127
08	DAKHLET NOUADHIBOU	NOUADHIBOU	CS Beghdade/ 2	CS	2008	Mai	AFD 1127
08	DAKHLET NOUADHIBOU	NOUADHIBOU	CS Jedida/ 3	CS	2008	Mai	AFD 1127
08	DAKHLET NOUADHIBOU	NOUADHIBOU	CS Voum elbase/ 4	CS	2008	Mai	AFD 1127
08	DAKHLET NOUADHIBOU	NOUADHIBOU	CS Nouadhibou/Moughataa	CS	2008	Mai	AFD 1127
08	DAKHLET NOUADHIBOU	NOUADHIBOU	CSW	CS	2008	Mai	AFD 1127
09	TAGANT	TIDJIKJA	Hôpital Régional du Tidjkja	HR	2014	Janvier	AFD
09	TAGANT	TIDJIKJA	Centre de santé	CS	2014	Janvier	AFD
09	TAGANT	MOUDJERYA	CS Moudjerya	CS	2014	Novembre	AFD
09	TAGANT	MOUDJERYA	CS Nbeika	CS	2014	Novembre	AFD
09	TAGANT	MOUDJERYA	CS Echram	CS	2014	Novembre	AFD
10	GUIDIMAGHA	SEILIBABI	HR SEILIBABI	HR	2014	Decembre	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	SEILIBABI	CS SEILIBABI	CS	2014	Decembre	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	SEILIBABI	PS HASSI CHEGAR	PS	2014	Decembre	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	SEILIBABI	PS AGOINIT	PS	2014	Decembre	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	SEILIBABI	PS TACHOTT	PS	2014	Decembre	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	SEILIBABI	PS GOURAYE	PS	2014	Decembre	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	OULD YENGE	CS OULD YENGE	CS	2015	en cours	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	OULD YENGE	PS KALINOUROU	PS	2015	en cours	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	OULD YENGE	PS DAFOUR	PS	2015	en cours	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	OULD YENGE	PS TECTAKA	PS	2015	en cours	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	OULD YENGE	CS BOULLY	CS	2015	en cours	AFD 1146
10	GUIDIMAGHA	OULD YENGE	PS BOUANZE	PS	2015	en cours	AFD 1146
11	TIRS ZEMOUR	ZOUERATE	HR ZOUERATE	HR	2014	Decembre	AFD 1146
11	TIRS ZEMOUR	ZOUERATE	CS ZOUERATE	CS	2014	Decembre	AFD 1146
12	INCHIRI	AKJOUIT	HR AKJOUIT	HR	2014		AFD 1146
12	INCHIRI	AKJOUIT	CS AKJOUIT	CS	2014		AFD 1146
total en 2015	**13 Wilaya - Les Hôpitaux régionaux en jaune**	**45 Moughataa**	**194 structures FOSA**	**12 HR 56 CS 126 PS**			

Annexe 6 : Constats faits en 2009 lors de l'atelier national FO

Les constats faits et présentés par le Groupe de Travail sur la Qualité lors de l'Atelier National sur le Forfait Obstétrical de février 2009 relèvent à très peu de nuances près les même constats faits par la mission en avril 2016

Atelier national d'évaluation du FO

- Groupe 4 : composition :
- Les représentants des usagères
- Les médecins gynécologues
- Les sages femmes responsables de certaines structures de soins
- Thème : qualité des soins
- Problèmes soulevés et quels que pistes de solutions
- Présenté par DR Sidi Mohamed Abd El Aziz

PROBLEMES SOULEVES

- Accueil mauvaise qualité de l'accueil par les prestataires de soins
- Manque de coordination entre les structures de soins (pb de transfert entre les structures)
- Rupture de certains médicaments de produits et consommables ce qui entraine la prescription d'ordonnances coûteuses
- Inexistence de certaines activités au niveau de certaines structures de soins : la consultation post natale
- Manque de personnel qualifié au niveau de certaines structures ce qui entraine de longues attentes , une mauvaise qualité des soins et une baisse de la confiance de la population

- Sous représentation des usagères au niveau des comités de gestion
- Certaines habitudes ou croyances obsession de certaines patientes surtout en ce qui concerne l'échographie
- Manque de fiabilité des examens de certains laboratoires
- Qualité des CPN est très limite (certaines informations essentielles ne sont pas prises ou mentionnées tel que TA, antécédents…)
- Existence de pratiques parallèles (rackets…)

- Mauvaise organisation des service (médicaments disponibles à la pharmacie et inexistants pendants les services de garde….)

- Non prise en charge du transport des évacuations dans le FO
- Manque de suivi et d'évaluation
- Manque d'association des masses médias dans la sensibilisation (surtout la radio et la télé)
- Hygiène défectueuse à Sebkha!!!!
- Le bilan de grossesse fait n'est pas complet (plusieurs structures ne font que le groupage)
- Aucune prise en charge du NNE n'est pas prévu

- Manque de retro-information surtout pour les NN
- Manque de formation continue
- Absence de garde du laboratoire pour les urgences
- Manque de coordination entre Sebkha et le CHN
- Les conditions de transfert ne sont pas souvent respectés (voie veineuse ,accompagnement des malades…..)
- Manque de moyens de communications pour organiser les transferts tel
- Manque de motivation du personnel (surcharge de travail, motivation financière insuffisante…)

Annexe 7 : Définition des critères de jugement et tableau synthétique

Critère	Définition
PERTINENCE	-Bien fondé de l'initiative au regard des besoins et son évolution -Correspondance avec les orientations nationales (plans, stratégies) et avec les attentes des bénéficiaires ciblés, cohérence -Articulation avec les autres PTF -Réponse aux besoins des femmes (en particulier face aux coûts catastrophiques) -Adaptation à la gestion des structures et aux autres financements du secteur.
EFFICACITE	-Taux de réalisation -Degré d'atteinte des objectifs fixés -Analyse des écarts constatés, quantitative et qualitative
EFFICIENCE	-Relation entre moyens, coûts et résultats -Conditions de la mise en place des ressources -Analyse des délais et retards éventuels
IMPACT	-Effets à long terme, positifs ou négatifs, directs ou indirects, attribuables au projet d'appui AFD, -Attribuables au Forfait Obstétrical per se -Effets secondaires pervers ou bénéfiques
DURABILITE	-Continuation des bénéfices après la fin du Projet -Perspectives de pérennisation et d'extension
VALEUR AJOUTEE AFD	-Apport spécifique de l'AFD par rapport aux autres intervenants -Forces et faiblesses de l'action AFD

Annexe 8 : La question du nouveau-né

Dans les pays en développement, il est constaté la même « négligence » vis à vis du nouveau-né, et encore plus du « mort-né ». Plusieurs raisons à cet état de fait, qui est l'objet de nombreuses campagnes internationales de sensibilisation, d'action et d'évaluation (voir les séries spéciales du Lancet sur le nouveau-né (2006) et sur la mortinatalité (2011, 2015, 2016) :

a) une raison statistique : Le seul indicateur proposé par l'OMS est le taux de mortalité néo-natale qui implique les décès entre la naissance et le 28ème jour de vie (premier mois). Aucun indicateur, aucune définition n'ont été proposés pour s'intéresser au décès spécifiques « néonatal précoce » (première semaine de vie) et « néonatal très précoce » (premières 24 heures de vie). Il n'y a même pas de terme simple pour cette dernière situation en français, alors que les anglophones ont introduit depuis longtemps le terme « newborn » par opposition au « neonate ». Par conséquent les statistiques nationales des pays ne sont pas tenues de spécifier les taux de mortalité néonatale précoce et néonatale très précoce.

b) Une raison d'enregistrement : il est bien connu que malgré les efforts de l'UNICEF, les naissances ne sont qu'à 50% enregistrées dans les zones rurales de nombreux pays en développement, et a plus forte raison les décès survenus très tôt, qui ne font pas l'objet de déclaration obligatoire. Ces évènements devraient en revanche faire l'objet d'enregistrement systématique dans les maternités et à plus forte raison dans les hôpitaux universitaires. Or, en dépit des incitations répétées[39], on ne relève que très peu de rapports ou d'études concernant la mortalité très précoce dans les structures hospitalières, autre preuve de manque d'intérêt.

c) Une raison culturelle : Quelle est la valeur d'un nouveau-né très jeune, s'il perd la vie immédiatement après la naissance ? Pourquoi déclarer la naissance d'un « échec de conception », à mettre presque au même niveau qu'une fausse couche, s'il est décédé peu après la naissance, sans avoir eu le temps d'être nommé, baptisé, et intégré dans la famille ? La notion de « remplacement » est souvent avancée dans les familles, sans tenir compte de l'investissement physique et mental fait par la mère. On a aussi mentionné le sentiment de honte ressenti par le père de famille ou le chef de clan, responsable de la déclaration de naissance, à l'occasion de cet échec. Il faut oublier…

Les organisations internationales ont donc récemment enjoint les services de SNIS à investir dans les statistiques de mortinatalité et de mortalité très précoces, qui sans être systématiquement corrélées aux statistiques de mortalité maternelle, ont besoin d'être individualisées, analysées, et utilisées pour mesurer les progrès de la prise en charge des mères et des nouveau-nés à la naissance.

Annexe 9 : Programme de la mission avril 2016

Etant donnée la durée très courte de la mission, son agenda est très dense :

- 6 avril : Briefing AFD Vincent Fauveau & Zakaria Amar
- les 6, 7 et 8 avril: Rendez vous avec Ministère Santé, PNSR, SCAC, UNFPA, UNICEF, OMS, AMSME, et visite du CS Sebkha
- 8 avril : Arrivée Philippe Vinard et Aissa Diarra
- 9-10 avril: travail en commun, préparation enquête qualitative et lettre de cadrage

[39] Le Manuel des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) publié en 2008 comprenait cet indicateur de qualité, ainsi bien sûr que la fonction clé SONUB « Soins de Base au Nouveau né ».

- 11 avril : Présentation Lettre de Cadrage au Groupe de Référence à l'AFD, puis rencontres avec les responsables du MS, de l'AECID, Santé Sud, visite Hôpitaux Nationaux, CS Arafat

- Les 12, 13, 14 Vincent Fauveau effectue une visite de terrain en périphérie (Boutilimit, Aleg, Maghta Lahjar, Gweiwat, Bogue, Kaedi, Monguel)

Itinéraire de la visite de terrain VF:

- Dr Vincent Fauveau, Alter, France,
- Mr Mohamed Lemine Sidi, Adage Conseil, Mauritanie,

- Mardi 12 avril 2016 :
- 06 :30 : Départ de Nouakchott
- 08 :30 : Boutilimit (Trarza) visite au bureau de la Moughataa
- 09 :00 : Visite du Centre de Santé Boutilimit (AECID, 2013)
- 10 :00 : Départ pour Aleg (Brakna)
- 11 :00 : Visite au Wali
- 12 :00 : Visite à la DRAS
- 13 :00 : Départ pour Magta Lajhar et visite du CS (AFD 1127 2011)
- 16 :00 : Visite PS Gweiwat (Medicus Mundi, 2014)
- 17 :00 : Retour sur Aleg.
- 18 :00 : Hotel Aleg
- Mercredi 13 avril 2016
- 08 :30 : Visite Hôpital Régional Aleg (AFD 1127, 2007)
- 10 :00 : Visite CS Aleg (AFD 1127, 2007)
- 12 :00 : Départ pour Kaedi (Gorgol)
- 14 :00 : Visite au Wali
- 14 :30 : Visite à la DRAS
- 15 :30 : Départ pour Monguel
- 16 :00 : Visite CS Monguel (Non FO)
- 17 :00 : Retour sur Kaedi
- 18 :00 : Kaedi Hotel
- Jeudi 14 avril 2016
- 08 :30 : Visite Hôpital régional Kaedi (AFD 1127, 2008)
- 10 :30 : Visite CS Kaedi (AFD 1127, 2008)
- 11 :30 Départ pour Bogué
- 12 :30 : Visite CS Bogué (UNICEF, 2009),
- 13 :30 : retour sur Nouakchott
- 17 :00 : arrivée Nouakchott
- 17 :30 : Réunion Synthèse équipe à NKT

Pendant ce temps (12, 13 et 14 avril) Aissa Diarra et Zakaria Amar finalisent le recrutement et la formation des enquêtrices et pré-tests. Philippe Vinard poursuit les visites dans les centres de Nouakchott et auprès des partenaires (CNAM, DAF, CHN, PNSR)

- Le 15 avril: synthèse et départ Philippe Vinard et Aissa Diarra

- Lundi 18 avril : à 11h, réunion de restitution de la mission à un groupe restreint à l'AFD (Dir Adjoint du DSBN, Coordinateur du PNSR, Point focal du FO, Assistant technique AMO, et VF) – Préparation de la logistique (avec Fadel) et des ordres de mission et RAC
- Mardi 19 : Démarrage de l'enquête à SEBKHA – Envoi du Plan indicatif du Rapport final à l'équipe d'évaluation
- Mercredi 20 : Départ des équipes vers ALEG avec 2 véhicules (dont l'un reviendra)

- Enquêtes du 20 au 04 mai
- 27 avril : Envoi par Zakaria à Aïssa de la première série d'interviews sous WORD pour première analyse et correctifs éventuels (ajustements mineurs) – Zakaria effectue quelques interviews sur des cibles-clés
- 05 mai : envoi par Zakaria à Aïssa de tous les recueils d'interviews sous WORD pour analyse.
- 12 mai : Aïssa retourne l'analyse à VF pour intégration dans le rapport provisoire ---- contributions de Philippe et Zakaria
- 20-21 mai : Vincent envoie le Rapport Provisoire à l'AFD NKT
- 08 juin : réception des commentaires consolidés par l'AFD (commentaires Paris, NKT, Gouvernement et PTFs)
- 17 juin : Envoi du Rapport Final à AFD NKT
- 21-23 Mission VF à NKT pour la réunion de Restitution élargie aux partenaires (qui aura lieu le 22 juin, sous la présidence du SG)

Annexe 10 : Liste des personnes rencontrées

Institution	Poste	Nom	Coordonnées	VF	ZA	PV	AD
AFD-NKT							
	Chargée de projets	Mme Laura Tuery		X	X	X	X
AFD-Paris	Chef de projets santé	Mme Julie Baron				X	
	Chargé de mission. Division Evaluation	M. Florent Bedecarrats				X	
Ministère de la Santé	Ministre						
	Secrétaire Général						
	Directeur DSBN	Dr Abderrahmane Jiddou		X	X	X	
	Directeur Adjoint	M. Aly Ould Cheibany		X	X	X	X
	DPCIS	M. Isselmou Mahjoub		X	X	X	
	DRH ai	M Abdelahi Ould Mohamed		X	X	X	X
	Chef S.Format Continue DRH	Mme Aminettou Sghaier		X	X	X	X
	Chef Service Personnel	M. Sidi Radhi		X	X	X	X
Ministère de la Santé DAF	Directeur	M. Bouna Kotob		X		X	
	Chef service Passation des marchés	Mohamed Mahmoud				X	
	Chef service financement extérieurs	Khadijetou Horma				X	
PNSR (DSBN)	Coordinateur	M. Mahfoud Boye		X	X	X	
	Responsable technique Forfait Obs.	Mme Fatimeta Mint Moulay		X	X	X	
	Conseiller AMO	Dr Slah Meddeb		X	X	X	
	Statisticien/Assistant admin.	M. Habibi Md Vann		X	X	X	
UNFPA	Représentante	Mme Cécile Compaoré		X			
	Adjoint	M. Seynath Aydara		X			
	Démographe	M. Pierre Klissou		X			
UNICEF	Spécialiste santé maternelle	Mme Jennifer Barak		X			
	Spécialiste SR	Dr Sidi ould Mohamed Lemine		X			
OMS	Expert santé	Dr Mohamed Cheikh		X			

	maternelle						
SCAC	Attaché de Coopération	M. Yves Mercier		X			
CNAM	Dir Général	M. Debbe Zeine				X	
CS SEBKHA	Médecin-Chef	Dr Ahmed Varwa		X	X	X	X
	Obstétricien	Dr Isselmou Moujtaba		X			
	Gestionnaire	M.				X	
	Pharmacien	M.				X	
	Sage-femme - chef	Mme Houleye Diop		X	X		X
	Accoucheuse auxiliaire	Mme …		X			
	Sage-femme chef CPN	Mme Ciré Diara			X		X
	Sage-femme CPN	Mme			X		X
CS Ibn Sina Arafat	Sage-femme	Mme Mariame Ery		X	X	X	
	Sage-femme PF -FO	Mme Lalla		X	X	X	
CS Riyad	Médecin chef				X		X
AMSME	Directrice	Mme Zeinabou Taleb Moussa		X			
Engender Health	Directeur (ex-UNFPA)	Dr Thierno Coulibaly		X			
AECID	Chargé Projets	M. Juan Ignacio Gallardo		X		X	X
Santé Sud	Chef de Projet	M. Aboubacry Ba		X			
Centre Hospitalier National	Directeur	Dr Abou Deh				X	
	Directeur financier	Cheikh Ould Khairy				X	
Centre Hospitalier Mère-Enfant	Directrice	Dr Aïssata Ba		X			X
DUE	Services sociaux	Colombo Enrico				X	
Medicos Del Mundo	2 sages-femmes	Mme xx Mme xxx					X
CS Boutilimit	Surveillante	Mme Mariame Youssouf		X			
	SF Point focal	Mme Zeinabou		X			
	Gestionnaire	Mme Fatimatou		X			
BRAKNA ALEG	Wali			X			
	DRAS	Dr Ahmed Said		X			
CS Aleg	Médecin chef	Dr Cheikh Tijani		X			
	Gestionnaire F	M. El Hussein		X			
	SF PF FO	Mme Lalla Mbarek		X			
Hôpital R.	Directeur	Dr Mohamed Lemine		X			

Aleg							
CS Maghta Lahjar	Médecin Chef	Dr Mohammed		X			
	Gestionnaire F	M. El Walid		X			
PS GweWat	Infirmier chef	M. Cheikh Rabi Abdallah		X			
	Accoucheuse	Mme Khait Bilal		X			
GORGOL	Wali			X			
	DRAS	Dr Yahya		X			
Kaedi	Gestionnaire	M. Mahmoud Youssouf		X			
Hôpital Reg	Dir Adjoint	Dr Wagué Django Pédiatre		X			
CS Kaedi	Médecin Chef	Dr Ahmed Mahmoud		X			
	SF PF FO	Mme Tamar		X			
CS Monguel	Médecin Chef	Dr		X			
	Sage femme	Mme Aroyo		X			
CS Bogué	Médecin Chef	Dr Kassou Ba		X			
	Gestionnaire F	Mme Nenné Ba		X			

Annexe 11 : Bibliographie sélective

AFD Termes de Référence d'une Etude de coûts des prestations de santé maternelle de référence délivrées par les hôpitaux régionaux et nationaux et proposition d'un dispositif de contractualisation entre les hôpitaux et le dispositif du « forfait obstétrical ». Annexe du DOSSIER DE CONSULTATION POUR LA Sélection d'un Bureau d'Etudes pour l'Appui à la Maitrise d'Ouvrage. Projet d'appui à l'extension et à la consolidation du dispositif « forfait obstétrical ». Financement : AFD (CMR 1146), juillet 2013

AMDD, OMS, UNFPA, UNICEF (2009), Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux : Manuel Révisé. Genève

AMDD (Averting Maternal Death and Disability Columbia University, New York), UNFPA, UNICEF et OMS Enquête sur les Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU), Résultats préliminaires disponibles en 2012, publiée en 2013

Borghi J et col. Overview of the costs of obstetric care and the economic and social consequences for households. Studies in HSO&P, 24, 2008, 23-46

Division de santé de la famille, Organisation Mondiale de la Santé. Le Partographe : Instrument de détection et de prévention des anomalies pendant la durée du travail. OMS Genève 1989

Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (dirs. de publ.). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, APAD-Karthala, 2003.

EXACO Rapport d'audit Financier des forfaits Obstétricaux en Mauritanie Avril 2012

FEMHealth (2014). La gratuité des accouchements et des césariennes en Afrique de l'Ouest et au Maroc: résultats et leçons tirées de la recherche.

KHLIL Audit Financier des projets d'appui à l'extension du forfait obstétrical de l'AFD (CMR 1127 et CMR 1146) Juillet 2015

IRD, MERIT Université de Montréal . Etude de l'impact du forfait Obstétrical ; analyse des données statistiques existantes. 2014

Macro International et Ministère de la Santé de la RIM. Enquête Démographie et Santé Mauritanienne, la dernière réalisée en 2000 (2001)

OMS/CF/MSAS Mission d'évaluation du projet « Forfait Obstétrical » Rapport Final du 16 juin 2004

Organisation Mondiale de la santé, Annuaire Statistique Mondial pour 2014, Genève, 2015

Ouedraogo *C et Bouvier-Colle MC. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi ? MOMA (Mortalité maternelle en Afrique).* JOURNAL DE GYNECOLOGIE D'OBSTETRIQUE ET DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION, vol. 31, n° 1, 2002, pages 80-89

Ould el Joud D, Bouvier-Colle MH. *Étude de la fréquence et des facteurs de risque de la dystocie dans 7 villes d'Afrique de l'Ouest* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 31, N° 1 - février 2002 pp. 51-62 Doi : JGYN-02-2002-31-1-0368-2315-101019-ART9

Renaudin P, Ould Abdelkader M, Ould Abdelaziz SM, Ould Mujtaba M, Ould Saleck M, Vangeenderhuysen C, Prual A. Risk sharing s solution for providing access to emergency obstetric care : Experience with obstetric risk insurance in Mauritania. Studies in HSO&P 24, 2008

Renaudin P, Ould Abdelkader M, Ould Abdelaziz S et col. La mutualisation du risque comme solution à l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Expérience du forfait obstétrical en Mauritanie. Studies in HSO&P, 25, 2008 http://www.itg.be/ShSOP,

Renaudin P, Prual A, Vangeenderhuysen C, Ould Abdelkader M, Ould Mohamed Vall M, Ould el Joud D. Ensuring financial access to emergency obstetric care : Three years of experience with Obstetric Risk Insurance in Nouakchott, Mauritania. International Journal or Gynecology and Obstetrics 2007 Doi 10.1016/j.ijgo.2007.07.006

République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé, Direction de la Planification, de la Coopération et de l'Information Sanitaire (2014) Annuaire des Statistiques Sanitaires de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014.

République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé, (2014) Carte Sanitaire Nationale de la Mauritanie, 2014.

République Islamique de Mauritanie, Ministère de la santé : Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (Enquête SARA), 2013

République Islamique de Mauritanie, Ministère de la santé : Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (Enquête SARA), 2016

République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé, Programme National de Santé Reproductive. Forfait obstétrical : Une assurance santé pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle, Nouakchott 2010

République Islamique de Mauritanie, Ministère de la Santé, Programme National de Santé Reproductive. Guide de Fonctionnement du Forfait Obstétrical en Mauritanie, Nouakchott, 2011

République Islamique de Mauritanie, Office National de la Statistique. Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie (EPCV) 2014

République Islamique de Mauritanie, Office National de la Statistique. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2013

UNICEF. Enquête à Indicateurs Multiples par Grappes. 2010. (La dernière date de 2015, résultats non disponibles.)

Vinard Philippe ALTER Evaluation à mi-parcours du projet d'appui au forfait obstétrical 2011

WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank and UN Population Division. Trends in Maternal Mortality 1990-2015, Genève 2015

WHO Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners : Mauritania Global Health Observatory (http:/www.who.int/gho/) January 2015

Annexe 12 Présentation du Forfait Obstétrical

(extrait de la fiche de présentation du Forfait Obstétrical, 2011)

Le Forfait obstétrical : Une assurance santé pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle

En Mauritanie, depuis 2002, le forfait obstétrical permet aux femmes de souscrire une forme d'assurance couvrant l'ensemble des frais liés à leur grossesse. Basé sur le principe de mutualisation du risque, le forfait obstétrical permet d'assurer la qualité des soins offerts et la pérennité de l'intervention puisqu'à terme, le dispositif s'autofinance.

Face aux succès rencontrés par le forfait obstétrical dans les régions pilotes où il a été mis en place avec le concours de la coopération française, le ministère de la santé mauritanien a décidé d'en faire une politique de santé publique. En étendant le dispositif à l'ensemble du territoire, l'objectif est d'atteindre 80 % d'accouchements assistés d'ici 2015 (contre 60% actuellement – MICS 2007).

Dans les zones où il a été implanté, qui couvrent 40% de la population cible, le forfait obstétrical a permis de réduire la mortalité maternelle de moitié (part des décès sur l'ensemble des accouchements assistés), contribuant ainsi directement à l'atteinte du 5e objectif du Millénaire pour le développement (OMD).

Mutualisation du risque obstétrical

Sur 100 grossesses, on estime qu'en moyenne 7 cas (difficiles à détecter par avance) présenteront des complications nécessitant une intervention (type césarienne), très coûteuse. Grâce au forfait, les 93 femmes qui accoucheront sans problème cotisent pour les 7 autres dont la prise en charge sera plus chère. C'est ce qu'on appelle la mutualisation du risque obstétrical.

Offre de soins et de services garantis par le forfait

- 4 consultations prénatales
- une échographie précoce
- un bilan biologique (groupe sanguin, hémoglobine, etc.)
- les traitements préventifs
- la prise en charge des principales pathologies liées à la grossesse
- le transport en ambulance jusqu'à la maternité de référence si nécessaire
- l'accouchement normal

(ou bien)

- l'accouchement pathologique y compris la césarienne
- la consultation postnatale

La situation de la Mauritanie en termes de santé maternelle et infantile est préoccupante : le taux de mortalité maternelle est parmi les plus élevés d'Afrique de l'Ouest, avec 686 décès pour 100 000 naissances vivantes (2007). Ces chiffres alarmants témoignent de l'insuffisance du système de santé mais aussi des problèmes liés à l'accessibilité géographique et financière des populations aux services de santé. Le forfait obstétrical apporte une réponse à ces problèmes, en améliorant le circuit de soins et en réduisant le coût de la prise en charge de la grossesse, augmentant ainsi significativement le taux d'accouchements assistés.

LE PRINCIPE : une cotisation forfaitaire qui garantit l'ensemble des soins

Basé sur le principe de mutualisation du risque, le forfait obstétrical permet aux femmes adhérentes d'accéder à un ensemble de soins et services liés à leur grossesse, en échange d'une cotisation équivalente à 17 €. Les femmes qui choisissent de payer à l'acte (pour chaque soin séparément, sans forfait) dépensent environ deux fois plus pour un accouchement normal, et jusqu'à dix fois plus en cas de césarienne. Dans les zones où le forfait est disponible, on constate qu'en moyenne 80 % des femmes souscrivent.

LA GESTION : un système transparent et autonome financièrement

Le forfait obstétrical est piloté au niveau des structures de santé par un gestionnaire, qui contrôle les recettes et les dépenses enregistrées dans le cadre du dispositif. Au niveau national, un comité mixte rassemble des représentants des prestataires, des usagères, de l'État et des bailleurs, et assure la transparence du système. Les cotisations des femmes et le maintien d'une gestion transparentepermettent au dispositif d'être autonome financièrement, donc pérenne.

LES FORCES du forfait obstétrical

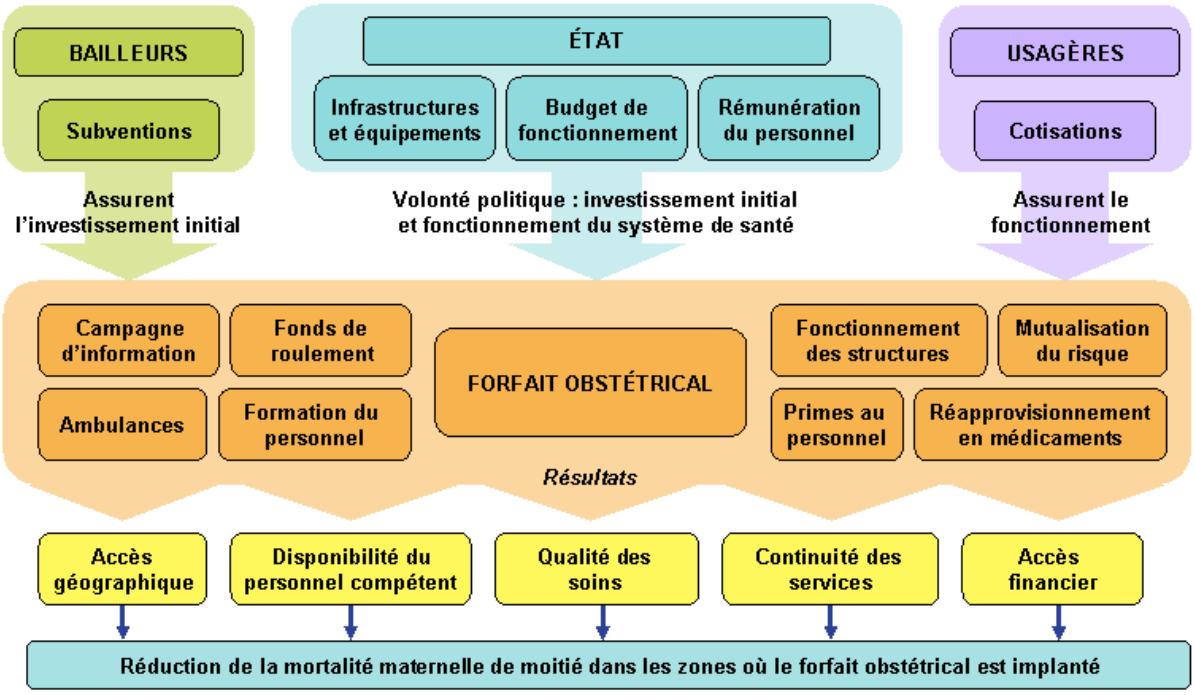
Après huit années de mise en oeuvre en Mauritanie, le bilan du forfait obstétrical fait ressortir les avantages suivants :

- Amélioration de l'accessibilité financière des soins Le prix du forfait reste abordable puisqu'il ne représente qu'un quart du salaire minimum moyen. De plus, des facilités de paiement permettent de régler ce montant en plusieurs fois. On constate ainsi que seuls 0,1 % des femmes ayant adhéré au forfait ont des difficultés à payer.
- Amélioration de la disponibilité du personnel soignant Au moins 40 % des recettes du forfait sont reversées au personnel sous forme de primes, contribuant ainsi à résorber les difficultés d'affectation et de présence du personnel, en particulier en zone rurale, et à faire disparaître les paiements illicites.
- Amélioration de la disponibilité des médicaments Le prépaiement par les patientes et l'utilisation d'environ 35 % des recettes du forfait pour réapprovisionner les structures de santé en médicaments et consommables, ont permis de faire disparaître les ruptures de stocks.
- Amélioration des statistiques sanitaires Grâce au suivi effectué par le gestionnaire du forfait, des données sont désormais disponibles sur le nombre d'accouchements assistés, de césariennes réalisées, de femmes référencées et de décès.

LES LIMITES du forfait obstétrical

À lui seul, le forfait obstétrical ne peut pas agir sur tous les facteurs liés à la mortalité maternelle et infantile. L'implication de l'État reste essentielle notamment pour la construction et l'équipement des structures sanitaires, l'affectation et la gestion du personnel de santé et le maintien d'une volonté politique forte plaçant la santé parmi les priorités de développement.

Pour en savoir plus sur le forfait obstétrical (origine du dispositif, historique de sa mise en oeuvre, principes permettant d'atteindre l'équilibre financier, etc.) lisez :
"Le forfait obstétrical en Mauritanie", Renaudin et al., 2008, in « Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources », SHSOP, 25, 2008.


BAILLEURS
Subventions
ÉTAT
Infrastructures et équipements
Budget de fonctionnement
Rémunération du personnel
USAGÈRES
Cotisations
Assurent l'investissement initial
Volonté politique : investissement initial et fonctionnement du système de santé
Assurent le fonctionnement
Campagne d'information
Fonds de roulement
Ambulances
Formation du personnel
FORFAIT OBSTÉTRICAL
Fonctionnement des structures
Mutualisation du risque
Primes au personnel
Réapprovisionnement en médicaments
Résultats
Accès géographique
Disponibilité du personnel compétent
Qualité des soins
Continuité des services
Accès financier
Réduction de la mortalité maternelle de moitié dans les zones où le forfait obstétrical est implanté

Annexe 13 Méthodologie d'extension du forfait

(Annexe du Guide de Fonctionnement)

Les préalables et la procédure résultent logiquement du parcours de soins des patientes et tentent de répondre à l'objectif majeur : amener la maximum de femmes enceintes à faire prendre en charge leur grossesse sans délai dans des structures équipées par du personnel qualifié.

Les deux préalables incontournables que sont l'existence d'un bloc opératoire fonctionnel et la présence d'un obstétricien dépassent le cadre des soins obstétricaux et relèvent du fonctionnement global du système de santé … mais la décision d'implanter le forfait obstétrical dans une région peut devenir moteur dans le développement général de la politique de santé.

Préalables

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 nécessaire pour assister les accouchements dans ces structures ; cependant, compte tenu de la difficulté de disposer de sages-femmes en dehors de la capitale, il est indispensable de travailler avec le personnel infirmier disponible.

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

Procédures

Les étapes de la mise en œuvre doivent être réalisées dans l'ordre : analyse des données en santé maternelle, acquisition du fond de roulement, formation du personnel en soins obstétricaux d'urgence, formation du gestionnaire, information et sensibilisation de la population cible.

Ces étapes devront 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 SR)
- aux autorités administratives et aux élus locaux
- aux représentants de la société civile (ONG, associations de femmes …)

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

Informations sanitaires[1] ; une connaissance précise de l'activité en santé maternelle est absolument indispensable afin

- de fixer des objectifs
- d'assurer le suivi évaluation des indicateurs
- d'adapter le fond de roulement au volume d'activité.
- Au niveau du district sanitaire, on se contentera d'indicateurs de routine simples à collecter tels que :
    - nombre de consultations prénatales (premières et totales)
    - nombre d'accouchements
    - nombre de référence à l'hôpital régional
    - nombre de décès maternels
    - nombre de morts nés
- Au niveau de l'hôpital régional, il est nécessaire de connaître la mortalité intra-hospitalière, la létalité des différentes complications, en plus des indicateurs précédents, ce qui est souvent une nouveauté pour ces structures

Formation : elle devra être dispensée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et adaptée au personnel ciblé ; l'encadrement du stage pratique devra 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
- dans les structures périphériques, l'accent sera mis sur le dépistage précoce des urgences et l'organisation de la référence.
- Les modules de formations standardisés existent au niveau du programme national SR ; ils servent de base à la partie théorique qui doit être dispensée conjointement par les formateurs centraux et régionaux
- Une attention particulière sera portée sur l'absolue nécessité d'un recueil des données d'activité fiable et précis : c'est à la fois la garantie d'un suivi correct des indicateurs, c'est aussi à partir de l'activité des services que le contrôle de gestion est effectué.

Mise en place d'un fond de roulement[2] : l'objectif est d'assurer l'acquisition de médicaments, consommables et outils de gestion pour la première année de fonctionnement.

- Le volume de ce fond est bien entendu fonction de l'activité.
- Sa composition est définie à partir des protocoles préventifs et curatifs adoptés ; les quatre années d'expérience permettent de vérifier régulièrement la consommation moyenne et d'assurer ainsi un volume pour la durée définie, fonction du financement accordé (un minimum de 6 mois est souhaitable)
- Tous les besoins peuvent être satisfaits localement : idéalement, le fond de roulement doit être acquis puis renouvelé auprès de la Centrale d'Achat des Médicaments et Consommables (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 usagères[3].

La première mesure est l'affectation d'un gestionnaire propre au forfait : il est préférable qu'il provienne de la société civile, doit maîtriser les logiciels informatiques de base … et bénéficier de la confiance des usagères et des prestataires.

Il devra fans 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 usagères.

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 ou sont respectés les principes de base :

- Le forfait est fixé à 5 500 UM au niveau national
- 35% des recettes sont automatiquement réservées au réapprovisionnement lorsqu'une maternité chirurgicale est opérationnelle dans la zone concernée
- L'offre de service 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 proposés :

- 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 actuellement pas de personnel formé à l'échographie, et à quoi servirait un groupage sanguin sur place puisqu'il n'est pas envisageable de transfuser en zone rurale ?

  Il semble donc logique que chaque « forfait moughataa » soit 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 ».

  Il faut donc prévoir dans la gestion des recettes et des dépenses un volet « évacuations » qui selon les moughataas sera compris entre 20 et 28%. En contrepartie, le pourcentage des recettes consacré au réapprovisionnement en médicaments et consommables peut être diminué à 20% pour assurer tous les suivis de grossesse et les accouchements non compliqués.

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 oeuvre 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 bisannuelle est suffisante

Annexe 14: Termes de Références d'une Etude de coûts des prestations de santé maternelle de référence délivrées par les hôpitaux régionaux et nationaux et proposition d'un dispositif de contractualisation entre les hôpitaux et le dispositif du « forfait obstétrical »

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La santé maternelle constitue l'une des priorités du programme National de Développement Sanitaire (PNDS) de la République Islamique de Mauritanie. La Mauritanie a développé depuis des décennies des politiques spécifiques dans le domaine de la santé en vue d'assurer l'accessibilité des soins à toutes les catégories de la population et le « forfait obstétrical » fait partie des dispositifs permettant d'améliorer l'accès financier aux soins.

Le système de santé est de type pyramidal en termes d'offre de soins. Il comporte trois niveaux :

(i) les établissements nationaux de référence,
(ii) les hôpitaux régionaux et départementaux et enfin
(iii) les centres de santé et les postes.

Ainsi, depuis quelques années, le Ministère de la santé se consacre à mettre en place un vaste programme de renforcement du système de santé afin d'améliorer la couverture sanitaire et rapprocher davantage les soins de santé des populations vivant à l'intérieur du pays.

Ce programme a été élaboré sur les bases des stratégies de santé s'inscrivant dans les objectifs de développement du Millénaire, et définies dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, qui fixe au secteur de la santé trois grandes catégories d'objectifs :

1) Améliorer les indicateurs de santé de la population mauritanienne avec un accent particulier sur les groupes les plus pauvres.
2) Limiter l'impact des dépenses de santé sur le revenu des plus pauvres.
3) Adopter une méthode participative permettant aux populations la participation effective dans la gestion du système de santé et aux associations de la société civile de participer aux activités socio-sanitaires.

Pour atteindre ces objectifs, ce programme a mis l'accent sur la mise en place d'un système de santé fonctionnel basé sur la construction et la réhabilitation des structures, le développement du plateau technique des hôpitaux, la mise en place d'un plan de formation, l'affectation du personnel qualifié, l'élaboration de textes et outils nécessaires au bon fonctionnement des hôpitaux et autres structures de santé, la disponibilité de façon permanente de médicaments et de consommables médicaux, la garantie des soins préventifs et curatifs de qualité en veillant à leur généralisation à travers l'encouragement de la demande et de l'utilisation de ces services par les populations, la recherche de l'équité d'accès à ces services par la prise en charge des couches les plus pauvres.

Le financement de ce système de santé a permis au ministère de la santé de procéder aux reformes suivantes :

- La révision et la généralisation du système de recouvrement des coûts à toutes les structures afin de garantir l'accessibilité des soins et renforcer la participation des populations.
- La création d'une Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables (CAMEC) afin de garantir la disponibilité permanente des médicaments et consommables de qualité et à des prix accessibles à la majorité de la population.
- La généralisation du forfait obstétrical à l'échelle nationale.

En effet, afin de lutter contre la mortalité maternelle, un système de mutualisation du risque et de prépaiement, nommé « Forfait obstétrical » a été initié en 2002 à Nouakchott dans le cadre du programme « maternité sans risque », devenant opérationnel après deux ans d'expérience dans cinq maternités et couvrant ainsi les besoins de la moitié des parturientes attendues dans la capitale. Après des résultats encourageants, le modèle a été étalé progressivement à partir de 2005 vers l'intérieur du pays et couvre actuellement plus de 25 % des accouchements dans le pays, dans des structures sanitaires de différent niveau (les centres hospitaliers régionaux et les centres et postes de santé). L'objectif de la deuxième phase d'extension de ce dispositif est d'atteindre une couverture de 80% de la population à la fin de 2013.

Cependant, de nombreux hôpitaux sont mal à l'aise avec le dispositif du forfait, dans la mesure où :

(i) la gestion des recettes du forfait (médicaments et primes, principalement) n'est pas assurée par les hôpitaux mais par un gestionnaire du forfait externe à l'hôpital, alors que la grande majorité des hôpitaux a acquis l'autonomie budgétaire en 2007 (postérieurement à la mise en place du forfait), et

(ii) les recettes du forfait reçues par les hôpitaux (sous forme de primes et de médicaments) ne semblent pas tenir compte des spécificités des hôpitaux, dont leurs coûts (fixes et variables, de fonctionnement et de personnel) plus élevés que ceux des autres niveaux de formations sanitaires. Pour ces raisons, les hôpitaux nationaux à Nouakchott n'ont pas souhaité se joindre au forfait, ce qui pose un problème de continuité dans l'offre de soins pour les femmes participant au forfait.

En conséquence, dans la seconde phase du projet d'appui au forfait obstétrical financé par l'AFD, il est prévu entre autres une étude sur les modalités spécifiques de financement des hôpitaux dans le cadre du « forfait obstétrical », à partir notamment d'une étude des coûts de revient des prestations de référence en santé maternelle (parmi celles qui font partie des prestations du forfait obstétrical) dans ces structures hospitalières.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les principaux objectifs de cette étude sont les suivants :

- Evaluer les coûts de revient des prestations de référence délivrées dans les hôpitaux permettant de déterminer un tarif opposable « juste » pour ces prestations;
- Proposer des mécanismes d'une contractualisation entre les hôpitaux et le dispositif du forfait obstétrical pour garantir la continuité de la prise en charge et sa qualité. Ce mécanisme devra détailler i) le contenu des prestations intégrées au dispositif du forfait, selon le niveau d'hôpital, ii) les modalités d'achat et de paiement selon le niveau d'hôpital. Cette proposition devra notamment prendre en compter la diversité

des situations administrative et juridique des différents hôpitaux, ainsi que de leurs capacités de gestion, et de leur rôle dans l'offre de soins.

- Proposer un mécanisme éventuel de subventionnement qui pourra être nécessaire pour intégrer tous les hôpitaux au forfait tout en maintenant le montant de la cotisation du forfait.

3. TACHES A ACCOMPLIR

- Collecter les données, les études et projets existants en Mauritanie et dans les pays de la sous région relatifs à l'élaboration d'une tarification des services de santé, notamment l'étude tarifaire financée par la CNAM, et en dégager une méthodologie pour l'élaboration de la tarification qui sera validée par le comité technique de l'étude désigné par le Comité de Pilotage.
- Analyser l'impact de la mise en œuvre du forfait dans le budget et la gestion des hôpitaux ayant participé au dispositif ;
- Analyser les modes de financement des hôpitaux publics selon leurs statuts et leurs tarifications pour les prestations inclues dans le forfait :
    - Le CHN, l'hôpital Mère-enfant de Nouakchott
    - Le Centre Hospitalier Régional autonome de Nouadhibou
    - Le Centre Hospitalier Régional autonome de Kiffa
    - Le Centre Hospitalier Régional autonome de Kaédi
    - Les hôpitaux régionaux des Wilayas dans lesquelles le forfait existe
- Calculer les coûts de revient au niveau des hôpitaux des prestations en santé maternelle concernées par le forfait, et déterminer les modalités de financement, en en séparant les différentes sources de financement : Etat, régions, assurances, paiements directs des patients:

    Consultations prénatales ;

    Le bilan prénatal en laboratoire ;

    L'échographie ;

    L'accouchement normal

    L'accouchement dystocique;

    La césarienne ;

    Les autres soins obstétricaux d'urgence ;

    Faire la même analyse pour les soins néonataux pour le nouveau-né de moins de 7 jours.

- Identifier les prestations qui pourront être couvertes par le forfait selon le niveau d'hôpital (cohérence avec la pyramide sanitaire);
- Proposer un modèle de tarification basé sur le coût de revient réel obtenu et les tarifs payés directement par les patients dans les hôpitaux qui ne sont pas sous forfait ;

- Proposer des modalités d'achat et de paiement aux hôpitaux de ces prestations par le dispositif du Forfait Obstétrical ;
- Proposer si nécessaire des mesures permettant de mieux payer les services prestés par les hôpitaux : changement de la clef de répartition du dispositif forfait hôpitaux/centres de santé ; subventionnement au dispositif forfait pour acheter au juste prix les prestations fournies;
- Proposer d'éventuelles sources de subventionnement : CNAM, Ministère des affaires sociales, … ;
- Recommander un modèle de convention type entre le dispositif du forfait et les structures concernées précisant les engagements synallagmatiques de deux parties ;

Le Bureau d'Etudes inclura dans son équipe un expert national avec un profil d'ingénieur statisticien ou bien d'économiste, qui sera proposé par le comité de pilotage du projet – 3 CVs pourront être proposés au Bureau d'Etude qui fera une sélection finale.

4. PRODUITS ATTENDUS

Le bureau d'études sera tenu de soumettre les documents suivants :

- Avant le démarrage de la mission : un plan d'orientation incluant la méthodologie, le calendrier de mise en œuvre de l'étude et une proposition du plan du rapport de l'étude ;
- A l'issue des visites et collectes des données sur le terrain : un rapport d'étape sur le progrès de la réalisation de l'étude (diagnostic préliminaire) ;
- Un rapport provisoire devant inclure toutes les sections du rapport de l'étude et proposant :
  - La méthode de calcul des coûts de revient des prestations en santé maternelle et les tarifications appropriées avec une notice explicative ;
  - Le modèle de convention type entre le dispositif du forfait et les structures concernées précisant les engagements synallagmatiques de deux parties.
- Un rapport final après intégration des choix opérés par le comité de suivi en concordance avec la politique sanitaire du pays.
- Les annexes relatives aux personnes et institutions rencontrées, les références bibliographiques, les données statistiques, …etc.

5. RAPPORTS AVEC LE MINISTERE DE LA SANTE

Les experts travailleront pour le compte du ministère de la Santé représenté par le Comité technique de l'étude désigné par le Comité de pilotage du projet qui sera chargé de la supervision et du suivi de l'étude. Pour cela, ils doivent :

- Participer aux réunions du Comité technique de l'étude ;
- Présenter au Comité technique de l'étude l'état des lieux, la méthodologie et les rapports d'étapes arrêtés ;
- Tenir compte des remarques et orientations du Comité technique de l'étude ;

- Présenter à ce comité les documents produits pour validation.

6. DUREE DE LA CONSULTATION ET PROFILS

La consultation s'étalera sur une période de trois mois.

Le rapport final sera validé lors d'un atelier de restitution regroupant l'ensemble des acteurs du système national de santé représentés dans le comité technique.

Le Bureau d'étude d'appui au Ministère de la santé, confiera le travail à un consultant principal, qui assurera la supervision globale de l'étude et l'interface avec le ministère de la Santé. Les profils requis pour l'étude se présentent comme suit:

- Un expert international, économiste de la santé ayant au moins cinq (5) années d'expérience spécifique dans le domaine de l'analyse du coût et du financement des politiques de santé et ayant réalisé au moins deux études ou travaux similaires ; cet expert constituera le consultant principal de la mission ; il sera mobilisé 10 hommes/jours ;
- Ingénieur Statisticien ou économiste ayant au mois 5 années d'expérience et maîtrisant au moins un logiciel de traitement de données, expert national, qui assurera la collecte et le traitement des données et qui sera proposé par le comité de pilotage; 30 hommes/jours
- Juriste, expert international ou national, pour la convention- type ; 5 hommes/jours

Les consultants devront se prévaloir des qualifications suivantes:

- ✓ Solides références dans la réalisation d'études de coût, d'enquêtes et de rapports
- ✓ Bonne capacités rédactionnelles et de consolidation de l'information à partir d'une multitude de sources;
- ✓ Maîtrise des techniques de traitement et d'intégration des données collectées;

7. DOCUMENTS NECESSAIRES POUR LA SOUMISSION

La soumission sera partie intégrante de la proposition de réponse à l'appel d'offre d'assistance à la maîtrise d'ouvrage et devra comporter une note de compréhension des termes de référence, une présentation rapide de la démarche méthodologique qui sera adoptée, la constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités entre ses membres avec les CV proposés et le calendrier prévisionnel d'intervention ainsi qu'une estimation des charges en hommes/jours.

Termes de référence d'une étude sur l'exclusion financière du forfait obstétrical et pour la mise en place d'un fonds de solidarité pour les indigents

1. Contexte

En dépit des efforts importants du Gouvernement en matière de lutte contre la pauvreté, le niveau de pauvreté demeure tout de même élevé en Mauritanie : la population compte en son sein des groupes sociaux sensibles particulièrement touchés par les phénomènes d'exclusion et de vulnérabilité économique et sociale. La problématique de ces groupes sensibles est commune mais présente des inflexions et des spécificités qui doivent être prises en compte. Une partie de ces groupes relève du traitement économique de la pauvreté ; l'autre partie, loin d'être négligeable, relève du traitement social de la pauvreté.

Traditionnellement, ces groupes étaient pris en compte par des mécanismes de solidarité fondés sur un système d'organisation sociale tribal ou familial basé sur les liens consanguins stratifiés. Les bouleversements et transformations éco systémiques et économiques ont profondément perturbé ce système.

Dans le domaine de l'action sociale en particulier, les actions requises pour accompagner les mutations et changements profonds que le pays a connus depuis plusieurs décennies n'ont pas toujours été mises en œuvre. En effet, le pays a connu l'émergence et le développement des phénomènes tels que l'instabilité familiale, l'abandon des enfants, la marginalisation et l'exclusion urbaine, la délinquance juvénile, la criminalité et la déviance sociale.

C'est dans ce contexte de lutte contre la pauvreté, devenue une préoccupation des pouvoirs publics, que la Mauritanie a mis en place un cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) dont le but est de diminuer la prévalence de la pauvreté dans la population, qui selon le CSLP (2006-2010) atteint 46,7% dont 28,8%, vivent en dessous du seuil de pauvreté, avec moins d'un dollar par jour. Il s'agit d'une pauvreté multidimensionnelle qui rend une large partie de la population mauritanienne incapable de faire face à ses besoins essentiels (santé, éducation, emploi, logement,…)

L'accès aux services sociaux de base, notamment la santé, est une des composantes essentielles de la lutte contre la pauvreté au moment où l'Etat se désengage en procédant au transfert des coûts des soins vers les populations, difficilement supporté par les groupes les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants, les chômeurs et les personnes âgées.

A ce titre, le CSLP s'est doté de trois objectifs majeurs pour un meilleur accès de la population aux services de santé :

- Améliorer les indicateurs de santé de la population, en particulier pour les groupes les plus pauvres;

- Limiter l'impact des dépenses de santé sur les revenus des plus pauvres ;

- Améliorer la participation des pauvres dans la gestion du système de santé.

La mortalité maternelle en Mauritanie est l'une des plus élevées en Afrique, malgré une baisse sensible entre 2000 (747 pour 100 000 naissances vivantes, selon l'EDSM) et 2007 (686 p 100.000 naissances vivantes, selon le MICS). Cette situation se reflète également sur le taux de la mortalité néonatale élevée (43 pour 1000) qui représente plus de la moitié de la mortalité infantile (77 pour 1000). Parmi les principales causes indirectes des décès maternels serait la faible accessibilité géographique et surtout financière des femmes avec grossesse à risque aux soins maternels essentiels et, en particulier lors de complications et notamment la césarienne.

Afin de diminuer les barrières financières aux soins obstétricaux, un système de mutualisation du risque et de prépaiement, nommé « Forfait obstétrical » a été initié en 2002 à Nouakchott dans le cadre du programme « maternité sans risque », devenant opérationnel après deux ans d'expérience dans cinq maternités et couvrant ainsi les besoins de la moitié des parturientes attendues dans la capitale. Après des résultats encourageants, le

modèle a été étalé progressivement à partir de 2005 vers l'intérieur du pays et couvre actuellement plus de 25 % des accouchements dans le pays. L'objectif de la deuxième phase d'extension de ce dispositif est d'une couverture de 80% de la population à la fin de 2013.

Un arrêté n°000733 du 16 avril 2003 a défini l'exemption de paiement de tous les soins médicaux (dont le suivi de la grossesse et l'accouchement) pour les personnes indigentes/démunies (« personnes en situation de grande pauvreté et d'exclusion sociale » ou « personnes sans aucune ressource et ayant perdu tout appui social ou familial »), sur la base d'une identification au niveau communautaire. L'arrêté considérait par ailleurs les femmes enceintes sont considérées, selon l'arrêté no.00733 du 16 avril 2003, comme des personnes en situation de vulnérabilité qui devraient bénéficier d'une prise en charge spécifique en ce qui concerne les consultations prénatales, postnatales, soins préventifs et accouchement. La prise en charge des indigents, cependant est restée très limitée, en raison notamment de difficultés et dérives dans l'identification des indigents et de l'insuffisante mise en place de dispositifs d'exonération, tandis que la prise en charge spécifique du suivi de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes enceintes, n'est pas encore spécifique. En attendant que les conditions soient réunies pour la mise en application de l'arrêté dans son intégralité, le forfait obstétrical représente une mesure innovatrice très prometteuse qui a effectivement baissé le coût des soins pour les familles mais dont l'accès reste peut-être difficile pour certaines d'entre elles.

Cette étude sur la faisabilité d'un fonds de solidarité sociale qui prendrait en charge le forfait obstétrical à la place des familles les plus nécessiteuses a pour objectif de quantifier l'exclusion financière réelle et de définir un dispositif d'achat des soins en lieu et place de ces familles en lien avec le dispositif du forfait.

2. Objectif de l'étude

La consultation devra permettre d'étudier la faisabilité d'un fonds de solidarité sociale dans le but d'assister et de prendre en charge les soins maternels pour les indigents.

Objectifs spécifiques

- Déterminer dans trois zones à définir par le comité technique(défini plus bas) le nombre de familles n'ayant pas pu acheter le forfait obstétrical par manque de ressources et comparer ces résultats avec les données nationales de pauvreté ;
- Quantifier le budget nécessaire à la prise en charge de ces familles démunies dans les trois zones selon plusieurs hypothèses de prise en charge et les sources éventuelles de financement ;

- Définir un schéma institutionnel, en lien avec les dispositifs existants, de fonds de solidarité qui prendrait en charge le forfait en lieu et place des familles assujetties.

3. Prestations à fournir par le contractant

- Revue de littérature existante sur l'identification des indigents et la prise en charge de leurs soins ;
- Présentation et évaluation des méthodologies d'identification des indigents, des différents dispositifs expérimentéset benchmark des nouvelles méthodologies/modalités existantes pour l'exonération de leur paiement des soins (fonds d'équité, …) ;
- En dégager une définition opérationnelle de l'indigence et une proposition de moyens efficaces d'identification des indigents, en complément des textes règlementaires existant sur la prise en charge du paiement des soins pour les populations indigentes, en fonction de leur opérationnalité ;
- Déterminer le budget nécessaire à la prise en charge des soins maternels des femmes indigentes, selon différentes hypothèses d'assujettissement (périmètre des bénéficiaires);
- Identifier les sources potentielles de financement d'un fonds de solidarité sociale ;
- Proposition d'un dispositif institutionnel :
    - Ancrage institutionnel, gouvernance, délégation de gestion, ... ;
    - Proposition de mécanismes de fonctionnement : contrôle, gestion, ressources humaines, etc. ;
    - Déterminer les groupes bénéficiaires de ce fonds ;
    - Déterminer les prestations couvertes par ce fonds et les relations avec le dispositif du forfait obstétrical ;

- Elaboration d'un rapport provisoire ;
- Elaboration d'un rapport final de cette étude après discussions du rapport provisoirepar le comité technique.

4. Profil des consultants

Le Bureau d'étude recruté pour l'assistance à la maîtrise d'ouvrage devra proposer des experts en sociologie, en santé publique et/ou économie de la santé ayant une expérience professionnelle d'au moins 10 ans dans le domaine de la gestion ou de l'appui aux programmes sociaux et notamment d'identification de dispositifs de subventionnement des groupes vulnérables.

5. Durée de la consultation

La consultation s'étalera sur une période de trois mois et le Bureau d'étude mettra à disposition une expertise :

- 5 hommes/jours d'expertise internationale, avec un profil d'économiste de la santé, ou d'expert en financement de la santé, ou de santé publique ;
- 30 hommes/jours d'expertise nationale, en sociologie

Le rapport final sera validé lors d'un atelier de restitution regroupant l'ensemble des acteurs du système national de santé représentés dans le comité technique désigné par le comité de pilotage.

6. Comité de pilotage et Comité technique

Pour la réalisation de cette étude, le comité de pilotage du projet dans son ensemble désignera un comité technique responsable du suivi de l'étude qui sera composé des membres suivants :

a. Directeur de l'action sociale et de la solidarité nationale du ministère des Affaires sociales, de l'Enfance et de la Famille (MASEF) ;
b. Directeur des études, du suivi et de la coopération du MASEF ;
c. Directeur de la Santé de Base et de la Nutrition (DSBN) du MS ;
d. Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ;
e. Coordinateur du Programme National Santé de la Reproduction (PNSR) au MS ;
f. Représentant du ministère de l'orientation islamique (MOI) ;
g. Représentant du Commissariat à la Sécurité alimentaire (CSA)
h. Représentant du CDHAHRSC

Dernières publications de la série

Les numéros antérieurs sont consultables sur le site : http://editions.afd.fr

Previous publications can be consulted online at: http://editions.afd.fr

N° 73 Évaluaiton de l'action de la France pour l'éducation de base dans les pays du G5 Sahel

N° 72 Évaluation de 15 ans de développement des territoires ruraux en Afrique subsaharienne

N° 71 Évaluation *in itinere* de l'initiative solidarité santé Sahel (I3S)

N° 70 Évaluation de l'aide au développement de la France au Vietnam (2005-2015)
Evaluation of French development aid in Vietnam (2005-2015)

N° 69 Évaluation du CIS Énergie 2012-2016
Evaluation of the CIS Energy 2012-2016

N° 68 Améliorer la compétitivité des exploitations familiales au Cameroun : quels impacts ?

N° 67 Évaluation et capitalisation transversale de la FISONG Biodiversité et Développement

N° 66 Impact du forfait obstétrical en Mauritanie

N° 65 Évaluation des projets agricoles financés par l'AFD en Afghanistan (2005-2014)
AFD Agriculture Programs in Afghanistan (2005-2014)

N° 64 Évaluation du cadre d'intervention sectoriel (CIS) sécurité alimentaire en Afrique subsaharienne 2013-2016 de l'AFD

N° 63 Comment contribuer au renforcement des droits de l'homme ?

N° 62 Évaluation du cadre d'intervention sectoriel (CIS) éducation, formation et emploi 2013-2015
Evaluation of AFD's Sectoral Intervention Framework (SIF) on Education, Training and Employment, 2013-2015

N° 61 Évaluation du projet de développement du Parc national du Limpopo
Limpopo National Park Development Project

N° 60 Evaluation du Programme national de développement participatif (PNDP) – C2D Cameroun

N° 59 Contribution de l'AFD au Fonds de partenariat pour les écosystèmes critiques (CEPF)

N° 58 Agroécologie : évaluation de 15 ans d'actions d'accompagnement de l'AFD
Agroecology: Evaluation of 15 years of AFD Support

N° 57 Évaluation des interventions de l'AFD dans les secteurs sanitaire et médico-social en Outre-mer

N° 56 Évaluation des activités de Coordination SUD dans le cadre de la convention AFD/CSUD 2010-2012

N° 55 Étude d'évaluation et d'impact du Programme d'appui à la résorption de l'habitat insalubre et des bidonvilles au Maroc

N° 54 Refining AFD's Interventions in the Palestinian Territories: Increasing Resilience in Area C

N° 53 Évaluation des lignes de crédit de l'AFD octroyées à la Banque Ouest Africaine de Développement (2000-2010)

N° 52 Évaluation stratégique de projets ONG dans le domaine de la santé

N° 51 L'hydraulique pastorale au Tchad

N° 50 Réhabilitation des marchés centraux

N° 49 Bilan des évaluations décentralisées réalisées par l'AFD en 2010 et 2011

N° 48 Étude sur la facilité d'innovation sectorielle pour les ONG (FISONG)

N° 47 Cartographie des prêts budgétaires climat de l'AFD

N° 46 Méta-évaluation des projets « lignes de crédit »

N° 45 Bilan des évaluations de projets réalisées par l'AFD entre 2007 et 2009

N° 44 Impacts des projets menés dans le secteur de la pêche artisanale au Sénégal

N° 43 L'assistance technique résidente – Enseignements tirés d'un appui au secteur de l'éducation en Mauritanie

N° 42 Évaluation partenariale des projets d'appui à la gestion des parcs nationaux au Maroc

N° 41 AFD Municipal Development Project in the Palestinian Territories

N° 40 Évaluation ex post de 15 projets ONG à Madagascar

N° 39 Analyse croisée de vingt-huit évaluations décentralisées sur le thème transversal du renforcement des capacités

N° 38 Étude des interventions post-catastrophe de l'AFD

N° 37 La coopération française dans le secteur forestier du Bassin du Congo sur la période 1990-2010

N° 36 Suivi de la réalisation des objectifs des projets de l'AFD : état des lieux