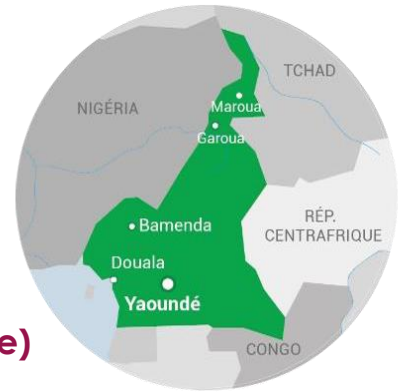


# ÉVALUATION D'IMPACT

**Quel a été l'impact du Chèque Santé sur l'utilisation des services de santé maternelle par les femmes enceintes camerounaises ?**



Pays : **Cameroun**

Secteur : **Santé (maternelle et néonatale)**

**Équipe** : M. Audibert (CERDI) et M. Ravit (IRD), B. Fomba et D. Tchakounte (Université Yaoundé 2)

**Dates prévisionnelles de l'évaluation** : 2022 – 2023

**Budget PAIRES octroyé** : 200 000 €

## Contexte

Au Cameroun, la santé maternelle et néonatale reste un des grands problèmes de santé publique. Si la mortalité maternelle a diminué depuis les années 2000, les progrès restent insuffisants : 406 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018, loin de l'objectif de 250 pour 100 000 des ODD et de celle des pays de même tranche de revenu. Si plusieurs facteurs expliquent les niveaux alarmants de mortalité maternelle, l'accès limité aux soins adéquats de santé reproductive en constitue la source majeure.

C'est pour répondre à cet enjeu, et parce que les solutions médicales permettant de prévenir ou prendre en charge les complications existent, que le projet Chèque-santé a été mis en œuvre dès 2015 par le gouvernement camerounais, avec l'appui de l'AFD et la KfW, dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Le chèque-santé (CS) est un mécanisme de prépaiement permettant à une femme d'être suivie tout au long de sa grossesse, d'avoir un accouchement sécurisé et de bénéficier d'un suivi postnatal pour elle-même et son bébé après l'accouchement. Le CS a progressivement été implanté dans 201 formations sanitaires (FOSA) de trois régions au Nord du Cameroun : l'Adamaoua, le Nord et l'Extrême-Nord. C'est dans ces régions du Septentrion que l'accès aux soins maternels était le plus faible, et s'est le plus détérioré entre 2011 et 2018.

En parallèle, le Financement Basé sur la Performance (FBP) a progressivement été mis en œuvre par la Banque Mondiale dans toutes les structures offrant le CS dans ces trois régions.

La différence fondamentale entre les deux programmes n'empêche pas leurs synergies en termes d'effets sur l'offre et la demande de soins : le CS rembourse aux FOSA accréditées, sur la base d'un tarif, les prestations fournies aux femmes ayant acheté le CS et verse une prime, variable selon la qualité de la prestation fournie, destinée au personnel, tandis que le FBP ne rembourse pas les prestations fournies, mais verse une prime de performance, destinée au personnel et basée sur le nombre et la qualité des prestations fournies.

## Objectifs

Si le Chèque Santé a pour objectif final de diminuer la mortalité maternelle et néonatale, son objectif intermédiaire est que les femmes enceintes accèdent aux services de santé maternelle et reçoivent les soins qualifiés selon les recommandations de l'OMS. Dès lors, l'objectif principal de cette étude est d'évaluer la mise en œuvre et l'impact du CS et du FBP, séparément et en combinaison, sur l'accès aux soins de santé maternelle pour les femmes enceintes.

En particulier :

- ❖ Les femmes enceintes qui ont adhéré au CS sont-elles plus nombreuses à suivre des consultations prénatales que les femmes qui n'ont pas adhéré ? Les commencent-elles plus tôt ? En suivent-elles plus ?
- ❖ Sont-elles plus nombreuses à accoucher dans les FOSA ? A avoir accès à la césarienne ? A suivre des consultations post-natales (et à en suivre plus) ?
- ❖ Enfin, quelle est l'incidence du FBP sur la capacité du CS à améliorer l'utilisation des services maternels par les femmes enceintes ?
- ❖ La qualité des soins délivrés est-elle meilleure dans les FOSA avec le CS que dans les FOSA sans CS ?
- ❖ La mortalité des femmes ayant adhéré au CS et de leurs nouveaux nés est-elle significativement inférieure à celle des femmes n'ayant pas adhéré au CS (et/ou fréquentant des FOSA sans CS) ?

## Méthodes

Tout d'abord, une analyse des données existantes issues du dispositif de suivi du CS et des données sanitaires de routine permettra de mesurer les impacts sur l'utilisation des services de santé maternelle au niveau de la formation sanitaire. Une démarche quasi-expérimentale en double-différence, en entrées échelonnées, permettra de prendre en compte le fait que le CS et le FBP ont tous les deux été mis en œuvre progressivement dans les formations sanitaires. En effet, il est possible de considérer une FOSA qui entre dans le programme CS dans la vague t+1 comme groupe de contrôle d'une FOSA entrée dans la vague t. La méthode des doubles-différence consiste à comparer la situation d'un groupe « traité » et d'un groupe « contrôle », avant et après l'intervention. Le groupe « bénéficiaire » dans l'analyse sera alors constitué des femmes ayant accouché dans une FOSA sous CS, et le groupe « témoin » sera constitué des femmes qui n'ont pas adhéré au CS, soit parce qu'elles ne le souhaitaient pas (lorsque la FOSA proposait le CS), soit parce qu'elles ne le pouvaient pas (lorsque la FOSA n'était pas accréditée CS).

Par ailleurs, deux autres types d'analyse viendront compléter ces résultats : une analyse de la soutenabilité du programme, et une enquête qualitative (entretiens) auprès du personnel des FOSA et des femmes enceintes qui fréquentent les FOSA. Alors que l'analyse de soutenabilité a pour but d'envisager les mécanismes et perspectives de pérennisation du programme suivant la charge budgétaire et les opportunités qu'il représente pour l'Etat camerounais, l'enquête qualitative permettra de creuser les questions liées aux incitations au recours aux soins pour les bénéficiaires du CS et aux conditions de travail (ressources humaines, infrastructures, plateau technique) et à la qualité des soins délivrés pour les personnels des FOSA.