



RAPPORT FINAL

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 »

Appui à la maîtrise d'ouvrage au titre du projet d'appui à l'extension et la consolidation du dispositif 'forfait obstétrical' en République Islamique de Mauritanie

Ref client : n°0389/S/35/CPMPSS/2015

22 mai 2017

Ref interne : S286

RAPPORT PREMILIMAIRE

Titre du projet :	Appui la maîtrise d'ouvrage au titre du projet d'appui à l'extension et à la consolidation du dispositif 'forfait obstétrical'	
Pays :	République Islamique de Mauritanie	
Financier	Agence Française de Développement	Rue Mamadou Konaté prolongée Nouakchott, République Islamique de Mauritanie BP : 5211 Mme Laura TUERY
Maître d'Ouvrage :	Ministère de la Santé	Nouakchott, République Islamique de Mauritanie BP : 169 M. le Secrétaire Général du Ministère de la Santé
Consultant :	Conseil Santé S.A.	92, boulevard Victor Hugo 92110 Clichy, France Tel : + 33 1 55 46 92 60 Fax : + 33 1 55 46 92 79 M. Marin PASSERAT DE SILANS
Auteur du rapport :	Olivier APPAIX Mohamed Vadel T. HASSEN	
Date du rapport :	22 mai 2017	

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	1
1 RÉSUMÉ EXÉCUTIF	2
1.1 Contexte	2
1.2 La méthodologie	3
1.3 Les résultats	4
1.3.1 Les couts de revient des prestations de référence	4
1.3.2 Impact financier et de gestion du FO.....	5
1.3.3 Périmètre et modalités de financement du paquet gynéco- obstétrical du Forfait.....	6
1.3.4 Modèle de convention	7
1.4 Conclusions	8
1.5 Recommandations	9
2 INTRODUCTION	11
3 METHODOLOGIE	13
3.1 Remarque méthodologique	13
3.1.1 Echantillon d'étude.....	13
3.2 Calcul des coûts	16
3.2.1 Autres expériences de calcul des coûts de prestations gynéco- obstétricales	16
3.2.2 Méthode retenue dans le cas du forfait obstétrical en Mauritanie	18
3.3 Collecte des données	24
4 RESULTATS DE L'ETUDE	26
4.1 Etat des lieux	26
4.1.1 Rappel sur le périmètre du FO	26
4.1.2 Le système de reversement des recettes du FO.....	29
4.1.3 Couverture du FO et données gynéco-obstétricales	30
4.2 Activité des FOSA de l'échantillon	35
4.2.1 Activité gynéco-obstétrique globale des FOSA	35
4.2.2 Répartition de l'activité forfait / hors forfait.....	38
4.2.3 Activité dans les FOSA qui n'adhèrent pas au Forfait Obstétrical.....	41

4.3	Coûts des prestations gynéco-obstétricales et du Forfait Obstétrical.....	42
4.3.1	Coûts des prestations individuelles	42
4.3.2	Estimation du coût du paquet « Forfait Obstétrical ».....	52
4.3.3	Discussion.....	57
4.4	Impact financier et de gestion du Forfait Obstétrical	61
4.4.1	Impact financier pour les FOSA du Forfait Obstétrical	61
4.4.2	Impact du FO dans la gestion des FOSA	67
4.5	Quel périmètre pour le Forfait Obstétrical ?	68
4.6	Modèle de tarification	70
4.6.1	Remarques générales.....	70
4.6.2	Scénarios de “prix” du forfait obstétrical	75
4.6.3	Tarifcation des prestations de gynéco-obstétrique dans les hôpitaux.....	79
4.7	Modalités d’achat et de paiement des hôpitaux dans le cadre du FO	80
4.8	Mesures pour améliorer le paiement des services prestés par les hôpitaux	81
4.9	Sources possibles de subventionnement.....	83
4.10	Recommandation de modèle de convention type.....	85
5	CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS.....	88
6	ANNEXES	92
6.1	Annexe 1. Liste des documents consultés	92
6.2	Annexe 2. Réponses au questionnaire adressé aux formations sanitaires de l’échantillon d’étude	94
6.3	Annexe 3. Données de calculs	96
6.4	Annexe 4. Termes de référence de l’étude.....	106
6.5	Annexe 5. Méthodologie retenue avec le Comité technique	111
6.6	Annexe 6. Méthodologie de mise en œuvre présentée au Comité technique (24 mai 2016)	134

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Echantillon des FOSA de l'étude.....	13
Tableau 2. Quelques données de base sur les FOSA de l'échantillon	14
Tableau 3. Coûts d'amortissement.....	21
Tableau 4. Ventilation des recettes gynéco-obstétricales pour les CS de Nouakchott (déc. 2015)	29
Tableau 5. Calcul du total des points d'indice d'activité gynéco-obstétricale (exemple de Kiffa - août 2014).....	29
Tableau 6. Calcul de ventilation des montants couvrant les charges de fonctionnement et les primes de personnel entre les CS de Nouakchott (cas de déc. 2015).....	30
Tableau 7. Taux de CPN - Mauritanie 2015.....	31
Tableau 8. Taux d'accouchement par césarienne 2011-2015	33
Tableau 9. Répartition des accouchements par types dans les FOSA de l'échantillon (2015)	37
Tableau 10. Coûts du paquet d'activité gynéco-obstétricales dans les FOSA de l'échantillon.....	53
Tableau 11. Synthèse du coût ou « prix » du Forfait Obstétrical.	54
Tableau 12. Tarification du FO actuel et actualisé	54
Tableau 13. Comparaison des coûts des consommations entre 2002 et 2016	55
Tableau 14. Ecart entre les coûts calculés du FO (paquet actuellement délivré) et son tarif actuel ou ajusté	56
Tableau 15. Ecart entre les coûts calculés du FO à périmètre élargi et son tarif actuel ou ajusté	57
Tableau 16. Examens de laboratoire effectués au cours de la PEC prénatale dans les FOSA de l'échantillon	58
Tableau 17. Répartition des types d'accouchement (CS de Sebkhah et El Mina)	58
Tableau 18. Calculs d'indice de poids relatifs des prestations gynéco-obstétricales	60
Tableau 19. Collecte de la recette tirée de l'activité gynéco-obstétricale dans la Moughataa d'Aleg (2015) - en Ouguiyas.....	63
Tableau 20. Statistiques d'activité gynéco-obstétricale de la Moughataa et du CH d'Aleg (2015).....	64
Tableau 21. Simulation de revenus gynéco-obstétricaux pour le CH d'Aleg (Ouguiyas)	65
Tableau 22. Répartition possible de l'activité gynéco-obstétricale entre FOSA dans le cadre du Forfait Obstétrical.....	70
Tableau 24. Tarif du Forfait Obstétrical pour un cas de prise en charge "normal"	72
Tableau 25. Coûts totaux de la prise en charge de l'activité FO dans les FOSA de l'échantillon (base tarifaire + intrants).....	76
Tableau 26. Compte de résultats du FO - scénarios en fonction du prix du FO.....	77
Tableau 27. Récapitulatif des simulations de comptes de résultats "FO" et "Activité gynéco-obstétrique".....	78
Tableau 28. Répartition du revenu du FO et des dépenses afférentes dans la Moughataa d'Aleg (2015)	81
Tableau 29. Répartition de la recette du FO (Ouguiyas) pour le mois de décembre 2015 à Aleg	82

Tableau 30. Emploi des financements disponibles dans les établissements hospitaliers	83
Tableau 31. Sources de financement des établissements hospitaliers	84

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Schéma du protocole employé pour la valorisation des coûts des prestations et du forfait obstétrical	23
Figure 2. Distribution par Wilaya des taux de couverture d'accouchements assistés	32
Figure 3. Taux de couverture institutionnelle du Forfait Obstétrical.....	34
Figure 4. Profil de l'activité d'accouchement au CH d'Aleg (2008-2015)	34
Figure 5. Volume d'activité (2015) des prestations liées à la PEC prénatale	36
Figure 6. Volume d'activité obstétricale des 5 FOSA de l'échantillon (2015).....	37
Figure 7. Volume d'activité - Consultation Post-Natale (2015)	38
Figure 8. Volume d'activité CPN au CH d'Aleg	38
Figure 9. Volume d'activité CPN au CS de Sebkha	39
Figure 10. Volume d'activité CPN au CS d'El Mina.....	39
Figure 11. Volume d'activité - accouchement eutocique au CH d'Aleg 2008-2015	40
Figure 12. Activité gynéco-obstétricale au CH d'Atar.....	41
Figure 13. Activité gynéco-obstétricale de base au CHME (2015)	41
Figure 14. Activité SONU au CHME (2015)	42
Figure 15. Coût (calcul coûts directs) (Ouguiyas) des prestations de la PEC Prénatale	43
Figure 16. Coût unitaire total (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la PEC prénatale de base	43
Figure 17. Coût unitaire (base = tarifs) (Ouguiyas) des prestations liées à la PEC Prénatale	44
Figure 18. Coût unitaire total (base = tarifs) (Ouguiyas) de la PEC prénatale de base.....	44
Figure 19. Détails des coûts de la CPN (Ouguiyas).....	45
Figure 20. Détails des coûts de l'échographie (Ouguiyas).....	45
Figure 21. Détails des coûts de la consultation gynécologique (Ouguiyas).....	46
Figure 22. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la PEC des pathologies liées à la grossesse	46
Figure 23. Coûts unitaires (base = tarifs) de la PEC des pathologies liées à la grossesse.....	47
Figure 24. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) liés à la PEC de l'Accouchement Eutocique.....	47
Figure 25. Coûts unitaires (base = tarifs) (Ouguiyas) liés à la PEC de l'Accouchement Eutocique	48
Figure 26. Coût unitaire (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de l'Accouchement Dystocique	48
Figure 27. Coût unitaire (base = tarifs) (Ouguiyas) de l'Accouchement Dystocique	49
Figure 28. Coût unitaire (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la Césarienne	49
Figure 29. Coût unitaire (base = tarifs) (Ouguiyas) de la Césarienne.....	50
Figure 30. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) des actes liés à la césarienne	50
Figure 31. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de l'hospitalisation et soins de suite de la césarienne	51
Figure 32. Coût unitaire (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la PEC des autres Urgences Obstétricales liées à l'accouchement	51
Figure 33. Coûts unitaires (base = tarifs) de la PEC des urgences néonatales	52

Figure 34. Coûts des consommables de l'accouchement eutocique (2002 - 2016)	55
Figure 35. Activité d'accouchement au CS de Sebkha (2012-2015)	66
Figure 36. Activité d'échographie et de laboratoire en phase prénatale au CS de Sebkha (2012-2015).....	67
Figure 37. Evolution du recouvrement FO au CS de Sebkha (2012-2015)	67
Figure 38. Comparaison des coûts et tarifs de l'accouchement eutocique	71
Figure 39. Comparaison Tarifs CNAM - Coûts calculés sur base coût directs des FOSA	72
Figure 40. Comparaison Tarifs CNAM - Coûts calculés sur base tarifs des FOSA	73
Figure 41. Comparaison de scénarios de revenus moyens sur la base d'activité du FO – Fréquences constatées des prestations.....	74
Figure 42. Comparaison de scénarios de revenus moyens sur la base d'activité du FO - Fréquences standards des prestations de base	74

ACCRONYMES

AgHbs	Antigène de l'Hépatite B
AFD	Agence Française de Développement
ANGC	Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (Bénin)
BW	Réaction de Bordet-Wassermann (test de détection de la syphilis)
CH	Centre Hospitalier
CHME	Centre Hospitalier de la Mère et de l'Enfant
CHN	Centre Hospitalier National
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Postnatale
CS	Centre de Santé
DRAS	Direction Régionale de l'Action Sanitaire
EDSM	Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie
ETP	Equivalent-Temps-Plein
FO	Forfait Obstétrical
FOSA	Formation Sanitaire
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HTA	Hypertension Artérielle
MEG	Médicament Essentiel et Générique
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
NFS	Numération Formule Sanguine (hémogramme)
Nktt	Nouakchott
PEC	Prise en charge
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RGPHAE	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
UN	Urgences Néonatales
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1.1 Contexte

En Mauritanie, la Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale constitue le premier axe du Plan National de Développement Sanitaire (2012-2020). Depuis des décennies des politiques spécifiques ont été développées en vue d'assurer l'accessibilité des soins de qualité à toutes les catégories de la population. En particulier, en 2002, en collaboration avec l'Agence Française de Développement, le Ministère de la Santé a lancé un dispositif volontaire de mutualisation couvrant les frais liés à la grossesse et l'accouchement au sein des formations sanitaires publiques : le Forfait Obstétrical (FO). Il vise à améliorer l'accès financier des femmes aux soins de santé maternelle. Ceci faisait d'autant plus sens que le taux d'accouchement assisté était très bas (il n'était encore que de 44% en 2012) et le taux de mortalité maternelle élevé (480 / 100.000 naissances vivantes au début des années 2000).

Les résultats encourageants du dispositif pilote du Forfait Obstétrical, d'abord lancé à Nouakchott, ont conduit à son extension progressive à partir de 2005 vers l'intérieur du pays.

Cependant, dans le cadre de l'extension le Forfait a été appliqué aux hôpitaux alors que le dispositif n'avait au départ été prévu que pour un réseau de Centres de Santé, avec l'un d'entre eux en position de maternité de référence pouvant pratiquer des interventions d'urgence dont la césarienne. Il s'est, depuis, avéré difficile de faire adhérer les hôpitaux non participants. Leurs réticences tiennent principalement au fait que :

- La gestion des recettes du forfait 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 ;
- Les recettes du forfait reçues par les hôpitaux (sous forme de primes, de subvention de fonctionnement et de médicaments essentiellement) ne semblent pas tenir compte des spécificités des hôpitaux, dont leurs coûts de production plus élevés que ceux des autres niveaux de formations sanitaires.

Il a donc été souhaité par le Programme National de Santé Reproductive (PNSR) du Ministère de la Santé, avec l'appui de l'AFD, de mener une étude afin d'évaluer

le coût du paquet des prestations du FO dans les hôpitaux et d'analyser la façon dont le FO pourrait être appliqué dans les hôpitaux qui n'y adhèrent pas encore.

Les objectifs principaux de l'étude sont :

- 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 compte 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.

Pour aboutir à ces résultats attendus, l'étude comporte 10 objets ou points d'analyse, dont l'estimation des coûts des prestations représente le plus important car de lui dépend en grande partie la conduite des autres analyses : impact du FO sur le financement des hôpitaux, périmètre du FO, tarification des prestations gynéco-obstétriques, modalités d'achat et de paiement du paquet de prestations à envisager pour les hôpitaux, sources de financement, modèle de convention.

1.2 La méthodologie

L'étude a été menée dans un échantillon de cinq (5) formations sanitaires (FOSA) : le Centre Hospitalier de la Mère et de l'Enfant à Nouakchott (référence nationale, non adhérent), les Centres de Santé de Sebkhah et d'El Mina à Nouakchott (CS ayant fait partie de la phase initiale dès 2002), le CH d'Atar (non adhérent) et celui d'Aleg (adhérent).

Pour le calcul des coûts une approche ascendante a été utilisée pour un calcul au coût réel par prestation, utilisant une analyse détaillée de la consommation de ressources directement utilisées pour la production de chaque prestation. L'outil CORE a été ensuite appliqué pour l'élaboration des coûts par prestation parce qu'il est l'outil existant le plus proche des besoins de l'étude. Cet outil a été paramétré et adapté au contexte de chaque formation sanitaire enquêtée. La méthodologie appliquée s'est inspirée également de certaines méthodes de calcul des coûts appliquées dans la sous-région notamment celle utilisée récemment au Bénin pour le calcul des coûts de la césarienne.

Deux types de valorisation des coûts ont été utilisés. L'une qui reprend les coûts dits « directs » (sur la base des niveaux d'utilisation des ressources – temps du personnel, consommations, amortissements) et l'autre qui reprend les tarifications des prestations constatées dans les FOSA augmentées des consommations. Le calcul du coût du paquet global de prestations appliqué, dans un premier temps, les volumes d'activité constatés, puis un ensemble de simulations sont menées qui reprennent la répartition originellement prévue des activités dans le Forfait (par exemple 3 CPN) ainsi qu'une répartition standard actualisée (par exemple 4 CPN).

Des outils de collecte des informations statistiques, de consommation et prix des ressources directement impliquées dans la production des prestations (personnel, consommables, équipements) ont été élaborés et administrés sur place dans les FOSA.

Une enquête qualitative auprès des prestataires, utilisant un questionnaire ad hoc, a été menée en parallèle de la collecte des données statistiques et de coûts pour compléter l'information recueillie dans les FOSA.

Le « coût du Forfait » global obtenu a ensuite été augmenté des coûts de gestion du dispositif mais aussi de constitution de réserves de sécurité, et, dans certains cas, l'abondement de fonds au bénéfice des indigents. Sur la base de ce qui a été constaté à Nouakchott et à Aleg, ceci correspond à une augmentation de 10%.

A partir des coûts ainsi obtenus, ou en complément de ceux-ci, des analyses ont été menées pour estimer l'impact du FO dans le financement des hôpitaux, des simulations ont été également menées pour estimer les niveaux envisageables du « prix » du FO.

1.3 Les résultats

1.3.1 Les couts de revient des prestations de référence

Depuis la mise en place du FO, son prix n'a pas évolué (6.500 Ouguiyas à Nouakchott et Nouadhibou, 5.500 Oug. dans le reste du pays). Or, le coût des facteurs de production des prestations de santé ont, eux, fortement évolués. D'ailleurs, si l'on applique le déflateur de PIB aux tarifs du FO, on obtient des prix de l'ordre de 15.500 et 13.100 Ouguiyas respectivement. L'analyse des coûts effectifs des prestations, et leur regroupement en paquet comme il est fait dans le cadre du FO, et en y ajoutant 10% de charges complémentaires (coût de la gestion, des réserves, fonds pour les indigents là où ils sont appliqués) confirme, assurément, ces évolutions, et même au-delà. Tant sur la base des coûts « directs » que de la méthode employant les tarifications des FOSA, on obtient des coûts globaux du paquet « FO » (tableau ci-dessous) excédant en général de façon significative les prix actuels du FO, même corrigés du déflateur de PIB.

Sur la base du périmètre constaté du FO (prestations incluses actuellement)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkha	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	19 810	34 852	20 534	11 957	14 343
selon volumes simulés	20 514	25 984	22 402	14 435	15 251
selon volumes initiaux (2001)	19 631	26 422	21 671	13 871	15 260
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	46 855	52 388	34 921	18 940	18 579
selon volumes simulés	50 742	33 228	33 875	22 029	21 399
selon volumes initiaux (2001)	49 142	33 374	31 987	20 944	21 079
Tarif actuel du Forfait Obstétrical	6 500 (*)	5 500	5 500 (*)	6 500	6 500

(*) si le FO était en vigueur dans ces FOSA et au tarif en vigueur actuellement.

Les calculs ont été menés également pour un ensemble de prestations excédant le périmètre actuel, tel qu'interprété par les FOSA, donc comprenant aussi les urgences obstétricales (éclampsie, hémorragie, infection, hystérectomie) et néonatales (détresse respiratoire, infection, prématurité, malformations), ainsi que

les consultations gynécologiques hors CPN ou CPON (notamment pour les complications durant la grossesse). Ceci permet d'estimer quels seraient les coûts d'un paquet d'activité (et d'un « FO ») étendu à un ensemble plus englobant de prestations gynéco-obstétricales (tableau ci-dessous). Le résultat est un coût un peu supérieur, naturellement, mais avec un écart important à Aleg où la consultation gynécologique est très pratiquée.

Sur la base de l'ensemble des prestations identifiées et valorisées					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	21 843	64 963	21 313	12 391	14 438
selon volumes simulés	23 460	31 103	24 101	16 464	15 945
selon volumes initiaux (2001)	19 631	26 055	21 304	13 871	15 260
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	49 216	83 776	35 772	19 399	18 740
selon volumes simulés	53 878	38 554	35 980	24 176	22 547
selon volumes initiaux (2001)	49 142	33 007	31 620	20 944	21 079
Tarif actuel du Forfait Obstétrical	6 500 (*)	5 500	5 500 (*)	6 500	6 500

(*) si le FO était en vigueur dans ces FOSA et au tarif en vigueur actuellement.

Il ressort des calculs menés que les niveaux d'indice de poids des diverses prestations du paquet qui avaient été estimés originellement pour établir les formules de répartition entre les FOSA participantes au FO de la manne financière collectée auprès des femmes adhérentes ne sont plus adaptés à la réalité de l'usage des ressources dans les structures de soins. Les indices étaient fondés sur des entretiens avec les sages-femmes, sans distinction entre les types d'accouchement par exemple (en dehors d'un indice d'hospitalisation pour la césarienne). On obtient grâce à l'étude détaillée des coûts, des indices beaucoup plus précis et réalistes, par type de FOSA.

1.3.2 Impact financier et de gestion du FO

Partant de ces résultats, une analyse de l'impact financier et de gestion du FO est menée, qui montre que les FOSA perdent sans doute des revenus, même s'il est difficile d'évaluer précisément dans quelle mesure, d'autant que si le FO a pu contribuer à l'augmentation de la fréquentation globale, il a aussi déporté une partie de cette fréquentation depuis les hôpitaux vers le niveau primaire des soins. Le cas d'Aleg est utilisé pour tester plusieurs scénarios du fait qu'il enregistre des niveaux importants d'activité tant au FO qu'en dehors – les revenus des deux étant combinés pour l'allocation par la gestion du FO des recettes entre les FOSA adhérentes. Deux situations de base (et « extrêmes ») sont testées – l'une supposant l'absence du FO et la perte du volume d'activité correspondant, l'autre la transformation de ce volume d'activité en activité facturée à l'acte (recouvrement des coûts). Des estimations intermédiaires en sont également tirées pour appliquer différents niveaux d'activité, notamment pour estimer celle qui serait nécessaire, en cas de sortie du dispositif du FO, pour maintenir les revenus. Les simulations montrent que, en admettant que toute l'activité enregistrée (donc y compris celle au Forfait) soit en recouvrement des coûts, le manque à gagner de l'hôpital représente près de 39% de ses revenus potentiels. Par contre, si l'on estime que cette activité au Forfait n'aurait pas eu lieu sans le dispositif, cela signifie un accroissement de revenus de 118%. Si l'adhésion au forfait devenait, au contraire, obligatoire pour les patientes qui fréquentent l'hôpital, et en estimant un volume

d'activité global constant, le revenu serait de 25% inférieur à celui estimé actuellement. En cas, de sortie du dispositif l'hôpital nécessiterait de conserver 45% de l'activité, anciennement au FO et maintenant à l'acte, pour maintenir son revenu. Ce sont des calculs théoriques car le revenu « FO » est en réalité une manne globale collectée dans toutes les FOSA participante d'un territoire donné puis réparties selon des clés préétablies.

En matière de gestion, le FO a créé un système parallèle (un de plus) qui est souvent mal vu par les FOSA chez qui le gestionnaire n'est pas logé, leur donnant le sentiment de ne pas maîtriser le dispositif. Ceci a amené un volume d'activité de gestion supplémentaire, et donc un coût additionnel, pour un sous-ensemble donné de prestations de santé. Par ailleurs, il ne semble pas qu'il soit parvenu à garantir la qualité des services, et, en particulier, la disponibilité des médicaments et consommables. Les témoignages des personnels même et d'études récentes (d'impact de 2015, d'évaluation rétrospective de 2016), de même que la baisse d'activité FO enregistrée à Nouakchott, tendraient à confirmer ce diagnostic.

1.3.3 Périmètre et modalités de financement du paquet gynéco-obstétrical du Forfait

La discussion des résultats porte également sur le périmètre à adopter pour le forfait à l'avenir et la répartition des prestations éligibles dans les différents types de FOSA. En effet, les calculs ont inclus des prestations aujourd'hui hors du champ d'application du Forfait (urgences obstétricales et néonatales en particulier), tandis que le FO avait été conçu pour un usage en CS avec bloc opératoire pour les césariennes. Un scénario est donc discuté qui inclurait les hôpitaux de Moughataa ou régionaux dans le dispositif, mais en excluant certaines prestations. Les principes qui guident le scénario proposé combinent à la fois le respect de la filière de soins (la pyramide sanitaire et le fait qu'une activité de prévention comme la CPN revient naturellement au niveau primaire) et le fait de tenir compte de la disponibilité effective des prestations dans chaque territoire (par exemple la CPON n'est pas pratiquée au CH d'Aleg – mais elle l'est dans le CS qui le jouxte).

De même la question est de savoir comment financer l'écart constaté entre le coût du paquet FO tel que constaté dans les calculs (y compris la part revenant à la gestion et aux autres dépenses) et son « prix », très inférieur. Bien entendu, cette question renvoie, au préalable, à la discussion du périmètre à retenir pour le FO et au niveau auquel son prix devrait être établi. Elle aborde aussi, indirectement, la question de la tarification des différentes prestations dans les FOSA. Or, le prix du FO a été établi il y a 15 ans pour un ensemble et des catégories de FOSA bien différents. Pour cette discussion, on peut aussi faire référence aux tarifs pris en compte par la CNAM. Ses tarifs sont en général plus élevés que le niveau des coûts constatés et des tarifs actuels du FO. Ceci peut d'ailleurs accentuer encore la sensation de perte de revenu dans les hôpitaux.

Afin de standardiser les procédures de prise en charge et leurs coûts, il serait opportun de définir des kits (d'accouchement, de césarienne) et de les acheter en gros au niveau national.

Les clés de répartition de la recette FO devraient être revues afin de tenir mieux compte de la réalité de l'emploi des ressources. Ceci demanderait néanmoins de

s'assurer que les structures de coûts entre FOSA d'un même niveau (CS ou CH) soient similaires, alors que l'on constate des écarts importants.

Le CHME est un cas un peu à part en raison de sa spécificité en tant que référence nationale. Il semblerait plus judicieux de ne pas l'inclure dans le dispositif d'allocation des recettes du FO (dans l'hypothèse où le dispositif actuel est maintenu), et de prévoir plutôt un système de subventionnement direct du coût des prestations lui revenant et délivrées (un subventionnement payé au cas ou à l'acte).

Le « prix » du FO à proposer est, en définitive, un choix politique. De son niveau dépend, en outre, le montant de la subvention que l'Etat serait disposé à verser aux FOSA adhérentes. Pour les CH nouvellement adhérents, de plus, il conviendrait de couvrir la perte, potentielle, de revenus. Globalement, la subvention reviendrait à compenser les FOSA de l'écart entre leurs coûts estimés et leur part de la recette FO. La base de calcul des coûts serait les coûts tarifaires – les tarifs pouvant évoluer au gré des décisions des CA des hôpitaux – tandis que le calcul des recettes FO appliquerait les clés de répartition revues en fonction des prestations éligibles et de leur structure de coûts – ces derniers reprenant, là en revanche, plutôt les coûts directs plus fidèles de la structure réelle des coûts. Une telle subvention supposerait la création d'une ligne budgétaire spécifique, au compte du Ministère de la Santé. Il faudrait néanmoins mettre en place un suivi rigoureux notamment pour s'assurer que ceci n'affecterait pas les montants des autres subventions (de fonctionnement, d'équipement) versées aux FOSA.

La question, en définitive, est de savoir si l'Etat est en mesure d'assurer ce complément de subventionnement, tandis que les FOSA nouvellement adhérentes perdraient un peu de leurs recettes propres. Et si l'on pousse la logique du raisonnement jusqu'au bout, la question est même posée de savoir pourquoi, alors, ne pas envisager tout simplement un subventionnement général des prestations gynéco-obstétriques, dans tout le pays. Le FO serait obligatoire pour toute femme enceinte (une façon de développer la couverture universelle par le biais d'une quasi-assurance), à des prix variables selon le statut socio-économique. Et l'Etat (ou un gestionnaire spécialisé comme la CNAM), collecteur de la recette du forfait, « achèterait » (payerait) les prestations aux formations sanitaires.

1.3.4 Modèle de convention

Pour assurer l'intégration des FOSA, et particulièrement des hôpitaux, dans un dispositif comme le Forfait Obstétrical, sous une forme contractuelle, des dispositions devraient être prises, en particulier, pour assurer le respect de la filière de soins (y compris l'évacuation et la référence / contre-référence) et la garantie de ce que plateaux techniques et intrants nécessaires et conformes aux protocoles cliniques admis par le PNSR sont bien disponibles.

A l'évidence, la formalisation de l'intégration des hôpitaux dans un dispositif prévu pour le niveau primaire augmenté d'une maternité de référence avec bloc opératoire, supposerait, en principe, l'actualisation à la hausse du prix du Forfait. Que cela soit admis ou pas, il conviendra de toute façon d'envisager un mécanisme de compensation financière pour, au moins, les hôpitaux. Les simulations menées indiquent cependant que l'écart de revenus ne seraient probablement pas très importants en définitive. Mais la question porte surtout sur la modalité d'« achat » des prestations qui seraient couvertes par le FO et la

subvention afférente. A l'acte, au cas ? Le dispositif du Forfait est un type de financement au cas. Le calcul de la subvention supposerait de rapprocher la perte de Recouvrement des Coûts (à l'acte pour l'essentiel) potentielle du montant estimé de collecte du FO revenant à l'hôpital, qui est, lui, estimé sur la base des cas (les Forfaits achetés par les femmes enceintes). Les références ici sont les coûts calculés sur la base tarifaire des FOSA (ou les tarifs de la CNAM dans l'hypothèse où le FO est administré par la CNAM).

1.4 Conclusions

Le dispositif du Forfait Obstétrical, à l'évidence, arrive à la croisée des chemins. Offert de façon optionnelle, d'un taux de couverture assez mal connu, il ne parvient pas à satisfaire tous les attentes qui avaient été placées en lui. Conçu pour une mise en œuvre au niveau de Centres de Santé urbains, son prix est très inférieur à ce que les FOSA peuvent tirer, théoriquement, d'une activité tarifée à l'acte pour le même paquet de prestations. Il offre certes un accès subventionné à ce paquet aux femmes bénéficiaires – quoique l'on sache que beaucoup finissent par encourir des dépenses supplémentaires. Mais il peine à financer les prestations fournies. Et c'est notamment le cas dans les hôpitaux, autonomes financièrement, dont la structure de coûts renchérit significativement le manque à gagner entre ce qui leur est versé des recettes du Forfait et ce qu'elles recevraient, potentiellement si l'activité au FO l'était à l'acte. C'est donc aux structures sanitaires de subventionner, de facto, la différence.

L'analyse de coûts a montré qu'il existe des variations très fortes entre les cinq FOSA de l'échantillon, au-delà même des différences auxquelles on peut s'attendre en raison des trois niveaux de la pyramide sanitaire qu'elles représentent. Ceci traduit, notamment, le manque d'harmonisation entre les protocoles de prise en charge des patientes en gynéco-obstétrique, particulièrement pour les prestations lourdes (urgences obstétricales et néonatales). Le type de personnel disponible et les plateaux techniques peuvent expliquer ces forts écarts. Mais pas seulement. Il est probable – mais l'étude ne visait pas à le démontrer – qu'il y ait aussi des pratiques non conformes aux recommandations thérapeutiques ou protocolaires.

Les dispositions originelles du forfait obstétrical devraient être révisées pour plusieurs raisons : parce que la structure des coûts a évolué depuis 2001, et parce que l'inclusion des hôpitaux n'était pas prévue dans les calculs originaux des coûts et des indices de poids relatifs des prestations. On pourrait même envisager une refonte complète du dispositif, aujourd'hui finalement assez peu adapté aux exigences de la couverture maladie. L'opportunité se présente d'un passage à l'échelle nationale et « universelle » de la couverture des prestations gynéco-obstétriques, dans le cadre d'une politique qui reste à définir (ou à redéfinir) et à valider.

Mais ceci requiert un certain nombre de préalables, quoi qu'il arrive. Tout d'abord il faut une clarification des pratiques à plusieurs niveaux : la répartition des prestations du paquet d'activité entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, le respect de la filière des soins et la mise en œuvre effective de protocoles standardisés de prise en charge. La définition de kits d'accouchement et d'un kit césarienne serait un pas dans ce sens. L'inclusion des soins obstétricaux et néonataux d'urgences, dont l'impact financier est relativement

modeste, serait aussi à envisager. La mobilisation de la communauté des professionnels de la santé génésique serait également nécessaire ne serait-ce que pour établir les bonnes pratiques et les diffuser. Le PNSR, en tant que programme dédié du Ministère de la Santé, a là un rôle essentiel à jouer.

Le dispositif du Forfait Obstétrical est aujourd'hui géré localement (collecte des recettes et leur répartition entre FOSA d'une même zone où s'établit en principe la référence / contre-référence). Or l'inclusion d'hôpitaux nationaux dans son dispositif, comme le CHME ou le CHN, suppose une péréquation probablement difficile à administrer dans le cadre actuel.

Parmi les autres adaptations principales du dispositif à envisager on peut signaler l'inclusion un dispositif de contrôle médical, indépendant de toutes considération de gestion financière, et dont le rôle serait, notamment, de statuer, seul, sur la pertinence des prestations contrôlées, et de proposer le non remboursement ou l'application de sanctions, si des erreurs, voire des fraudes, sont avérées. Ceci aurait un coût de l'ordre de 4 millions Oug. par an au total, probablement, pour un seul médecin conseil (en poste au PNSR par exemple), qui devrait être comptabilisé et financé à part. Le coût de cette fonction de contrôle médical n'aurait donc pas à être incorporée au calcul du coût du FO proprement dit, ni des subventions à verser aux hôpitaux de troisième niveau.

1.5 Recommandations

En conclusion, l'adaptation du dispositif du FO pour lui assurer une capacité à couvrir potentiellement l'ensemble des femmes mauritaniennes en âge de procréer et l'ensemble des formations sanitaires aptes à délivrer les prestations qu'il doit comprendre, passerait par :

- Une révision (et surtout une précision) du périmètre du FO – dans le sens d'une extension aux soins d'urgence obstétricales (encore mal couverts) et néonataux (qui ne le sont pas) ;
- Une révision des indices de poids relatifs des prestations afin de mieux tenir compte des besoins de ressources et coûts effectifs des différents niveaux de FOSA ;
- La standardisation des protocoles de prise en charge (par prestation) et des prix des intrants, notamment au travers de la constitution de kits (accouchement, césarienne) et d'achats groupés, dans le cadre d'une gestion centralisée de l'approvisionnement, si possible ;
- L'autonomie de gestion du FO par les hôpitaux de troisième niveau (CHR et CHME – voir CHN s'il est associé également), donc avec facturation à l'acte des prestations retenues au FO, facturation adressée au gestionnaire du FO pour remboursement (les femmes n'ont rien à payer pour les prestations couvertes – sauf si elles les obtiennent hors du parcours de soins auquel cas elles les payent de leur poche) ;
- L'inclusion des hôpitaux de deuxième niveau au dispositif local du FO (par Moughataa), comme c'est aujourd'hui le cas à Aleg, là où l'hôpital remplit les fonctions du CS pour l'accouchement (couverture géographique oblige).
- La mise en œuvre effective de la référence / contre-référence et du parcours coordonné (ou filière) de soins ;
- La mise en place d'un dispositif de contrôle médical (pour l'ensemble du dispositif FO) doté d'un médecin conseil équipé et financé à part (pour raisons

- de commodité de gestion et de financement) ; sa localisation pourrait être au PNSR même ;
- La revalorisation probable du « prix du FO » : son prix actuel est largement dépassé par la réalité des coûts ; cependant, comme il s'agit d'un dispositif à but social, devant notamment permettre un meilleur accès à la SR des femmes à faibles revenus, cette revalorisation ne peut être importante et l'écart financier calculé dans les simulations de comptes d'exploitation doit être couvert par une subvention de l'Etat ;
 - Une refonte du dispositif de gestion du FO, et, éventuellement, soit sa transformation en assurance obligatoire, soit son inclusion dans les dispositifs assurantiels gérés par la CNAM, ce qui poursuivrait plusieurs objectifs, potentiellement : réduire le coût de gestion par bénéficiaire, réduire la fragmentation des dispositifs de couverture maladie en Mauritanie, et en faire un instrument d'universalisation de la couverture maladie. Ceci aurait aussi l'avantage de mutualiser davantage le FO dans un cadre où toutes les strates de la pyramide sanitaire participeraient, depuis le poste de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux. Dans un cas comme dans l'autre (ou dans le cas où les deux sont appliqués), une différenciation de sa tarification doit être étudiée, tant entre les régions du pays (en tenant compte de la disponibilité des plateaux techniques de référence), qu'entre les strates socio-économiques de la société mauritanienne. Par exemple, et dans la ligne de la volonté de créer un mécanisme d'accès spécifique pour les indigents, on pourrait envisager une tarification spécifique pour les populations recensées dans l'économie formelle (et ceci pourrait assez naturellement être administré par la CNAM), une autre pour les populations « indépendantes », et une gratuité pour les plus pauvres ou vulnérables (tels qu'identifiés par les dispositifs sociaux de référence).

2 INTRODUCTION

La Mauritanie est un pays aride et riche en ressources. La population est estimée à environ 3,5 millions de personnes avec une densité à l'ordre de 3,9 personnes par km². La Mauritanie est classée par la Banque Mondiale comme pays à revenu moyen inférieur, avec un revenu national brut par habitant (dollar américain, méthode Atlas) estimé à 1.270 dollars en 2014 (contre 700 dollars en 2007). L'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages indique une baisse de la pauvreté de 44,5% à 31%. Le pays est classé 156^{ème} sur 188 pays dans l'indice de développement humain.

A partir de 1998, la Mauritanie, en collaboration avec l'AFD, a commencé l'introduction d'un dispositif d'assurance volontaire couvrant les frais de santé maternelle au sein des formations sanitaires publiques. Ce dispositif, dit « Forfait Obstétrical » (FO), vise à améliorer l'accès financier des femmes aux soins de santé maternelle, reconnus comme essentiels pour réduire morbidité et mortalité maternelle et infantile. Il s'appuie sur un ensemble des prestations gynéco-obstétriques de base fournies par les formations sanitaires en Mauritanie. Ce dispositif est proposé à un coût fixe aux femmes enceintes afin de leur garantir une prise en charge standard, qui tient compte de toutes les éventualités que peuvent présenter la grossesse et l'accouchement.

Initialement, le FO a été lancé en 2002 à Nouakchott, dans deux centres de santé, puis, au fil des années, étendu à un total actuel de 34 départements ou Moughataas du pays. Lorsqu'il a été conçu, en 2001, il n'était alors prévu de l'implanter que dans les centres de santé. A Nouakchott, le centre de Sebkhâ avait été équipé pour, en tant que maternité de référence du dispositif, pouvoir prendre en charge les complications de l'accouchement, dont la césarienne. Dans les autres parties du pays où il a été étendu, les hôpitaux de Moughataa ou régionaux se sont vus impliqués en tant que formation sanitaire de référence. Néanmoins, nombre d'hôpitaux, dont les hôpitaux nationaux à Nouakchott, y compris celui de la Mère et de l'Enfant (CHME), n'ont pas encore rejoint le dispositif et sont réticents à le faire, estimant qu'ils y perdraient, financièrement et en autonomie, alors qu'ils sont à présent en situation d'autonomie de gestion.

Afin de répondre à la préoccupation des hôpitaux et d'identifier la façon de les faire adhérer au Forfait, une étude a donc été lancée. Elle vise à élaborer une

proposition financière et juridique qui permettrait aux hôpitaux réticents de rejoindre le dispositif du FO. Elle a pour objectifs principaux¹ :

- L'évaluation des coûts de revient des prestations du paquet de soins inclus au Forfait Obstétrical
- Proposer des mécanismes d'une contractualisation entre les hôpitaux et le dispositif du Forfait (en précisant le périmètre des prestations leur revenant dans le cadre du dispositif et les modalités d'achat et de paiement des dites prestations)
- Proposer un mécanisme éventuel de subventionnement ou financement complémentaire afin de pouvoir maintenir le prix du FO payé par les femmes adhérentes à un niveau accessible pour la population.

La démarche de l'étude, telle que décrite dans le cahier des charges, amène à traiter des 10 points suivants :

1. Etat des lieux ;
2. Analyse d'impact (gestion financière) ;
3. Analyse des modes de financement des hôpitaux ;
4. Calcul des coûts des prestations gynéco-obstétriques comprises dans le forfait ;
5. Couverture du forfait (périmètre, prestations à inclure et où) ;
6. Modèle de tarification ;
7. Modalités d'achat et de paiement des hôpitaux ;
8. Mesures pour une meilleure rémunération des services des structures de soins ;
9. Sources de financement du FO ;
10. Modèle de convention entre le dispositif du FO et les hôpitaux.

Après une discussion portant sur les méthodes employées pour mener à bien le travail demandé, le présent rapport fournit en détail et discute les résultats de cette étude.

¹ 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 ».

3 METHODOLOGIE

3.1 Remarque méthodologique

3.1.1 Echantillon d'étude

L'échantillon des formations sanitaires retenu lors de la phase de démarrage de l'étude comprend cinq FOSA couvrant trois niveaux de la pyramide sanitaire : deux Centres de Santé (CS) pour le niveau primaire de prestation (Sebkha et El Mina à Nouakchott), deux Centres Hospitaliers de Wilaya ou niveau régional (Aleg et Atar), et le Centre Hospitalier de la Mère et de l'Enfant (CHME), à Nouakchott, la référence nationale en matière de soins gynéco-obstétriques.

Les services offerts par les cinq structures retenues sont représentatifs des différents niveaux de la pyramide sanitaire (postes de santé exclus). Cependant, le CS de Sebkha, à Nouakchott, dispose également d'un bloc opératoire et pratique, qui effectue entre autres les césariennes. Il s'agit donc davantage d'un hôpital de niveau district (ou de Moughataa). Il est d'ailleurs en principe la maternité de référence pour l'ensemble des CS du dispositif du Forfait Obstétrical à Nouakchott. Il fut le premier à y adhérer en 2002 avec celui d'El Mina, également dans l'échantillon. Le tableau suivant présente de façon synoptique les principales caractéristiques des cinq FOSA dans le cadre de la prise en charge gynéco-obstétricale.

Tableau 1. Echantillon des FOSA de l'étude

FOSA retenues	Adhère au FO...	... depuis ...	Distance de Nktt	Services gynéco-obstétriques offerts	Remarques
CHME (Nouakchott)	Non	-	0	PEC prénatale ; tous types d'accouchement ; SONU complets (l'hôpital dispose d'un service de néonatalogie) ; PEC postnatale	C'est la référence nationale en matière de santé de la mère et de l'enfant.
CH d'Aleg (Wilaya de Brakna)	Oui	2008	250 km	PEC prénatale ; tous types d'accouchement ; faible capacité en SONU (pas de gynécologue mais un pédiatre et un chirurgien qui assure la césarienne) ; pas de PEC postnatale (le CS qui s'en charge est à côté du CH)	FO installé depuis 7 ans. Un CS se trouve à côté.

FOSA retenues	Adhère au FO...	... depuis ...	Distance de Nktt	Services gynéco-obstétriques offerts	Remarques
CH d'Atar (Wilaya de l'Adrar)	Non	-	450 km	PEC prénatale ; tous types d'accouchement ; faible capacité en SONU (un gynécologue et un chirurgien assurant la césarienne, mais pas de pédiatre) ; PEC postnatale Avec un chirurgien qui pratique la césarienne et des généralistes et sages femmes qui prennent en charge le nouveau né cette FOSA dispense des SONUC	Le volume d'activité y est plus important qu'à Akjoujt (l'autre CH qui n'adhère pas au FO hors de NKTT).
CS de Sebkha (Nouakchott)	Oui	2002	0 km	PEC prénatale ; tous types d'accouchement (y/c césarienne) ; 3 gynécologues, pas de pédiatre) ; PEC postnatale C'est une FOSA SONUC	C'est le CS / maternité de référence de la 1 ^{ère} introduction du FO en Mauritanie. Fait des césariennes.
CS d'El Mina (Nouakchott)	Oui	2002	0 km	PEC prénatale ; accouchements eutociques et dystociques, pas de césarienne ; pas de gynécologue ni de pédiatre ; PEC postnatale FOSA qui fait les SONUB	C'est un des CS qui réfèrent au CS de Sebkha Etait également inclus au dispositif du FO depuis le début (la gestion du FO d'El Mina est associée à celle de Sebkha) Ce CS sans bloc opératoire a été inclus à l'échantillon afin de permettre la comparaison entre les coûts de revient pour les hôpitaux d'une part et pour les centres de santé d'autre part, et intégrer ainsi une réflexion sur la répartition du niveau de services auquel les femmes recourent

D'après les données de la Carte Sanitaire de 2014 (www.csnmauritanie.info) et les données collectées dans le cadre de l'étude, les ressources disponibles dans les 5 FOSA sont les suivantes :

Tableau 2. Quelques données de base sur les FOSA de l'échantillon

	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkha	CS El Mina
Nombre total de lits	126	40 (Carte sanitaire) 50 (données collectées)	50 (CS) 47 (collecte)	20	12
Nb de lits en gynéco-obstétrique / maternité	65	12	18	20	7
Nombre d'accouchements tous types (2015)	6 330	1 256	1 207	6 118	1 929
Nb de césariennes (2015)	1 699	221	58	648	0
RH dont :					
Médecins généralistes	4	4	3	1	1
Pharmacien	2	1	0	1	1
Technicien de laboratoire	6	1	2	1	1
IDE	34	5	6	3	5

	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkhha	CS El Mina
RH en SR dont :					
Gynécologues	5 (3,4 en ETP)	0	0	3	0
Pédiatre	3	1	0	0	0
Sage-femmes	25	10	3	12	6
Accoucheuses	0	2	2	6	5

L'un des trois principaux objectifs de l'étude est d' « évaluer les coûts de revient des prestations de référence délivrées dans les hôpitaux permettant de déterminer un tarif opposable « juste » pour ces prestations. »² Par ailleurs, le cahier des charges n'évoque pas explicitement le calcul du Forfait Obstétrical, mais celui 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 ». Il s'agissait donc d'estimer le coût des prestations individuellement. Il n'était pas non plus supposé d'appliquer la même méthode de calcul que celle utilisée en 2001 au moment de l'évaluation du coût du Forfait avant sa mise en place.

L'étude a repris les protocoles et normes en vigueur en Mauritanie, telles que détaillées pour chaque niveau de la pyramide sanitaire et chaque type de prestation dans les documents de « normes des services de santé de la reproduction » produits par le PNSR³. Pour celles (l'essentiel) qui concernent le FO :

- surveillance prénatale;
- surveillance de l'accouchement – soins du nouveau-né et suites de couches;
- surveillance post-natale.

Dans ces documents, les protocoles de prise en charge sont décrits, de même que la liste des ressources, y compris humaines, qui sont nécessaires pour mener à bien ces activités.

L'échantillon d'étude, qui vise principalement les hôpitaux, n'intègre pas de Centre de Santé (CS) en dehors de Nouakchott. On s'appuiera donc sur les coûts calculés à Sebkhha et El Mina pour extrapoler le coût des prestations dans les centres de santé en province, où, pourtant, ils sont certainement différents, ne serait-ce que parce que la composition du personnel n'y est pas la même. Par exemple, à Sebkhha il y a trois gynécologues (mais pas à El Mina). Même au Centre Hospitalier (CH) d'Aleg il n'y en a pas.

² Termes de Références d'une étude 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 ».

³ Documents du Programme National de Santé de la Reproduction : Normes SR à l'hôpital régional ; et Normes des services de santé de la reproduction – Centre de Santé. (Editions révisées en avril 2008).

3.2 Calcul des coûts

3.2.1 Autres expériences de calcul des coûts de prestations gynéco-obstétricales

En Mauritanie, une étude de cout et revenu des prestations de santé maternelle et infantiles, à un échelle plus petite, a été réalisée en 2013 par la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) pour estimer les couts et les revues des prestation des centres de santé d'une ONG membre à savoir L'Association Mauritanienne pour la Promotion de la Famille (AMPF). L'étude a couvert les reseaux cliniques de l'ONG a Nouakchott et Nouadhibou. A part cette étude, nous ne disposons pas d'autres études similaires qui auraient été menées en Mauritanie ou dans la sous-région, pas même celle de la CNAM pour l'établissement des tarifs de remboursement des prestations, tels qu'établis par l'Arrêté n°1798/MS/MEF/MFPE⁴. Le document de référence demeure l'étude initiale de 2001 à partir de laquelle le FO a été configuré. D'une manière générale, les tarifs des prestations hospitalières aujourd'hui en vigueur n'ont pas été établis sur la base d'études de coûts ad-hoc. Ils ont été notamment repris de tarifications établies dans d'autres pays de la sous-région, ou ont repris des tarifs établis précédemment. Les Conseils d'Administration des hôpitaux, qui disposent de l'autonomie de gestion, ont également pu les modifier.

Au-delà de la sous-région, on peut identifier une étude très récente (2015-2016) sur le coût de la césarienne et de la prise en charge d'autres SONU au Bénin⁵. Le Bénin applique depuis 2008 la gratuité de la prise en charge de la césarienne. En réalité, il s'agit d'une subvention de 100.000 FCFA versée pour chaque césarienne pratiquée dans les 48 Formations Sanitaires agréées par l'Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). Les coûts effectifs de la prestation excèdent ce montant dans pratiquement toutes les FOSA agréées. L'échantillon d'étude en comptait sept, représentatives des différents niveaux de la pyramide sanitaire et des modalités de gestion (publique ou privée). La méthode appliquée consistait à appliquer les tarifs des diverses prestations constituant les étapes de la prise en charge telle qu'admise par l'ANGC (depuis les consultations gynécologiques, le transport, l'accueil à la maternité ou aux urgences et jusqu'aux soins de suite), en y ajoutant l'ensemble des prescriptions et consommations d'intrants. Un autre aspect de l'étude était d'identifier le coût réel pour les parturientes de la césarienne, à savoir le coût demandé aux femme par les FOSA malgré la politique de gratuité de la césarienne. Une enquête auprès de 73 d'entre elles a donc été menée pour déterminer combien elles avaient eu à déboursier pour l'ensemble de leur prise en charge. Ces informations ont été rapprochées de celles déterminées par l'étude de coûts clinique, et les ont, dans certains cas, complétées.

⁴ République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé, Ministère des Finances, Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. Arrêté Conjoint n°1798 / MS/MEF/MFPE abrogeant et remplaçant l'arrêté conjoint 4 0320 du 8 février 2007 fixant les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux et de l'appareillage pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

⁵ République du Bénin. Ministère de la Santé. Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). Etude des coûts du dispositif de gratuité de la césarienne et d'autres prestations liées aux urgences gynéco-obstétricales et néonatales. Rapport d'Etude. Juin 2016. Assistance technique à la mise en œuvre du Programme d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile (PASMI).

Cette méthodologie a été retenue du fait que les FOSA ne disposent pas de comptabilité analytique qui aurait pu permettre d'élaborer un coût complet de la césarienne, et que, d'autre part, il s'agissait de comparer le coût clinique de la prestation avec ce que les femmes en bénéficiant expérimentent en réalité. Or, pour ceci, ce sont les tarifications appliquées dans les FOSA qui s'en rapprochent le plus puisque ce sont elles qui s'appliquent dans le calcul du coût global de la césarienne par les FOSA. Dans la pratique, certains hôpitaux, comme les références nationales, demandent aux femmes de payer un « complément », qui est en réalité l'écart entre la somme des tarifications et le montant de la subvention. A cela s'ajoutent, partout, des prescriptions qui s'ajoutent au kit césarienne qui est, en principe, compris dans le montant de la subvention.

Dans le cas du Forfait Obstétrical en Mauritanie, on est dans une disposition somme toute assez similaire. Le FO assure aux femmes enceintes un ensemble ou paquet de prestations qui établissent la prise en charge gynéco-obstétricale. Le montant qu'elles ont à payer, forfaitaire, a été calculé, originellement, à partir du coût des médicaments et consommables et de montants forfaitaires d'indemnités journalières à verser aux personnels des blocs opératoires. A noter que dans la mise en œuvre effective, une partie des recettes est également versée pour contribuer au fonctionnement des structures de soins, à un fonds de sécurité, et, dans certains cas (Nouakchott par exemple) à un fonds pour la prise en charge des plus démunis. Mais il n'en demeure pas moins qu'il s'agit avant tout d'un moyen de financer les ressources contribuant aux services fournissant les prestations gynéco-obstétriques.

La méthode adoptée pour l'analyse des coûts et financière ne tient pas compte de la perte de revenu (via la tarification des actes) que la mise en place du forfait représente, potentiellement, pour les FOSA. Cependant, les revenus tirés de la tarification (ou « recettes propres » selon les bilans financiers des FOSA en Mauritanie) servent, entre autres, à verser des indemnités complémentaires aux personnels, comme le FO. D'ailleurs, dans la gestion du FO, les recettes tirées de la tarification directe des prestations de SR aux femmes sont ajoutées à celles tirées de la vente du Forfait. Il y a donc un lien, voire une similitude, entre tarification des actes et forfait. Or, le motif principal de la présente étude est de parvenir à convaincre les hôpitaux réticents à adhérer au dispositif du FO. Appliquer une approche similaire à celle adoptée au Bénin dans l'estimation du coût du FO en Mauritanie fait donc sens.

L'approche ascendante de calcul des coûts a été utilisée⁶. Cette approche enregistre l'utilisation des ressources au niveau du service individuel et regroupe les données d'utilisation du niveau des patients et des services pour identifier le type de ressources utilisées et pour mesurer le niveau d'utilisation des ressources afin de calculer les coûts de production ou de revient des services spécifiques. Cette méthode peut être déployée de façon rétrospective et prospective à l'aide d'enquêtes, de questionnaires ou d'autres bases de données fiables. Elle est particulièrement utile lorsque les données sur les coûts ne sont pas disponibles auprès d'autres sources fiables (Gyldmark 1995, Jegers 2002, Muennig 2002). Les chercheurs utilisent fréquemment cette approche et peuvent être associés à la collecte de données primaires dans des études d'observation. Elle est également appelée Calcul de coûts basé sur l'activité. Elle peut également être utilisée pour

⁶ McMennamin, Thomas et al (2007): Cost and Revenue Analysis in Six Rwandan Health Centers. USAID. Page :7.

calculer les coûts standards par service. Une approche ascendante est utilisée, par exemple, au Canada pour calculer les coûts hospitaliers (Bailey 1997, Negrini 2004, Orlewska 2003, Phibbs 2003). À l'heure actuelle, le calcul des coûts basé sur l'activité est l'une des formes les plus utilisées de calcul des coûts ascendants. Il décompose le processus de soins du patient en activités discrètes, identifiées comme nécessaires pour fournir un service particulier. Une activité est une collection d'utilisation des ressources combinées pour fournir une activité particulière ou produire un résultat spécifique. La mesure de l'utilisation des ressources est effectuée séparément pour chaque activité (Negrini 2004)⁷. Il est signalé qu'une version adaptée de l'outil Core (un outil de calcul des coûts hospitaliers développé par Management Sciences for Health) a été retenue pour mener à bien le calcul ascendant des coûts de revient des prestations du paquet du Forfait Obstétrical.

3.2.2 Méthode retenue dans le cas du forfait obstétrical en Mauritanie

Les coûts calculés sont, dans un premier temps, ceux des prestations individuelles identifiées comme faisant partie du périmètre en vigueur du Forfait Obstétrical. A ces prestations ont été ajoutées les urgences néonatales, contrairement à ce qui avait été initialement pensé dans l'approche méthodologique initiale.

Le Forfait avait, lui, tenu compte non pas des coûts bruts des personnels, mais d'indemnités versées aux personnels impliqués dans les prestations liées au FO.

Le rapport de démarrage a discuté de l'approche méthodologique retenue. En quelques mots, on rappellera que l'on a écarté la voie analytique pure qui aurait demandé une allocation de toutes les dépenses identifiées sur une période de temps donnée (de préférence une année entière) entre l'ensemble des centres de coûts directs et indirects (à répartir en deux sous-catégories : auxiliaires et d'appui clinique) puis à déverser les dépenses totales ainsi identifiées pour chaque centre de coûts des centres indirects vers les centres directs, en cascade, en utilisant des unités d'œuvre et des mesures de consommation ou d'emploi de ces unités d'œuvre par chaque centre. Ceci aurait nécessité l'existence de comptabilités analytiques dans les FOSA, qui n'existent pas actuellement dans les FOSA. Recréer ces données aurait été beaucoup trop lourd. Nous avons donc opté pour une méthode hybride, analytique certes, mais privilégiant largement les coûts directs.

Partant de cette option méthodologique, deux méthodes de calcul des coûts ont été appliquées. La première calcule un coût direct (temps employés par les personnels impliqués dans les prestations valorisé sur la base des coûts salariaux recueillis, dépenses de médicaments, de consommables et de réactifs de laboratoire, pour une prestation donnée). Un amortissement des équipements a été également calculé dans les cas où un équipement dédié pouvait être identifié – par exemple l'échographe pour la Consultation prénatale (CPN), la couveuse ou table chauffante pour les urgences néonatales. La seconde méthode applique les tarifs des prestations (consultations, examens, actes), là où ils existent (il n'y a pas de tarifs séparés pour la « préparation à l'accouchement » et l'accouchement ou mise au monde proprement dite, mais pour l'ensemble de la prestation

⁷ Peter Smith and Zsolt Mogyorosy, (2005) : The main methodological issues in costing health care services. A literature review. Center for Health Economics Research Paper 7. University of York, page 66.

« accouchement »), augmentés des consommations identifiées dans la première méthode. Le tarif remplace donc la valorisation du temps de prestation et les amortissements des équipements. Ceci est fait pour refléter ce qui se passe dans les FOSA : les tarifications servent en principe avant tout à la reconstitution des stocks de médicaments, mais aussi au versement de primes au personnel d'Etat et à payer intégralement les contractuels⁸. Les médicaments, consommables et réactifs sont en général facturés directement aux patients. Les subventions de l'Etat recouvrent donc, en gros, les frais de fonctionnement globaux des établissements, mais probablement pas intégralement, surtout dans les établissements en autonomie de gestion pour lesquels la subvention constitue un complément de financement.

L'application de la méthode par les tarifs augmentés des consommations devait permettre de nous placer depuis le point de vue financier des FOSA (ce qu'elles refacturent aux patientes qui payent de leur poche et constitue donc pour elles une façon de se financer directement), tandis que la méthode par les coûts directs devait nous donner un point de comparaison s'approchant des tarifs, sans entrer dans une analyse trop poussée qui aurait demandé des moyens beaucoup plus importants, notamment pour intégrer les charges indirectes aux coûts des prestations, ce qui nécessitait les moyens de la comptabilité analytique, inexistante en Mauritanie.

Comme illustré dans le schéma de la figure 1, dans un premier temps, les données de l'outil 1 et celles de l'outil 2 ont été déversées dans une version de l'outil de calcul des coûts CORE paramétrée et adaptée spécifiquement au contexte de l'étude et aux formations sanitaires retenues dans l'échantillon. Ceci a permis de calculer des coûts directs de prestation. L'outil calcule un coût horaire (ou par minute) du travail des personnels qu'il applique au temps de prestation indiqué par chaque catégorie de personnel impliquée dans une prestation donnée. Il ajoute ensuite les dépenses de médicaments, de consommables et de réactifs de laboratoire calculés par l'outil 2.

CORE a été retenu, comme discuté dans le rapport de démarrage, parce qu'il était l'outil existant le plus proche des besoins de l'étude. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'outil de calcul de coûts spécifiquement centré sur les prestations gynéco-obstétricales pour un ensemble varié de structures sanitaires, comme il était nécessaire de prendre en compte dans la présente étude. Il a donc été nécessaire d'adapter le paramétrage de l'outil retenu à plusieurs niveaux. Par exemple, nous avons modifié les formules de calcul là où l'absence d'activité (les données sont de 2015) pour une prestation donnée menait à un coût de personnel de « 0 ». En effet, les personnels de santé ont indiqué des coûts de consommation de produits pharmaceutiques et des temps de travail sur certaines prestations pour lesquelles les statistiques n'indiquaient aucune activité en 2015. Mais ces prestations sont offertes et, pour l'évaluation du coût global du FO nous avons donc tenu compte de ces coûts en appliquant, dans les simulations, un niveau

⁸ Selon l'Article 2 de l'Arrêté de 2003 « fixant la répartition et l'utilisation des recettes générées par le système de recouvrement des coûts », celles-ci sont destinées, prioritairement, au « renouvellement du stock des médicaments et consommables » ; « le surplus constituant le bénéfice est reparti entre les rubriques suivantes : La prise en charge des indigents ; La motivation du personnel ; La couverture d'une partie des charges du fonctionnement de la formation sanitaire ; La constitution d'un fonds de sécurité. ». Cependant, la réalité de la tarification et du recouvrement des coûts varie d'une FOSA à l'autre (rubriques, proportions).

possible d'activité. Ceci nécessitait donc de disposer d'un coût complet, y compris les coûts de personnel.

A contrario, les coûts indirects calculés par l'outil ont été écartés car ne pouvant être pris en compte. En effet, en raison de la façon dont ils sont traités par l'outil, ces coûts n'ont d'intérêt que si l'ensemble des prestations fournies par la FOSA sont prises en compte, pas seulement les activités gynéco-obstétricales. Par ailleurs, les coûts indirects portent sur un ensemble d'activités de soutien, administratifs et auxiliaires de santé, dont une part importante (salaires et charges de fonctionnement) sont pris directement et en grande partie en charge par le budget de l'Etat (salaire des fonctionnaires et subventions de fonctionnement, « compléments budgétaires » - comme au CHME, et autres subventions diverses). Enfin, il faut rappeler que les charges indirectes (de structure, d'appui médico-technique) n'avaient pas été incluses aux calculs du « prix » du Forfait originel. Seuls les charges directes (indemnités du personnel impliqué directement dans les prestations et consommations) avaient été prises en compte, en plus du coût du gestionnaire du dispositif. L'intérêt d'intégrer ces coûts dans le calcul était donc somme toute limité, sauf à vouloir estimer un coût complet des prestations. Mais ce coût aurait dû être comparé aux tarifs en vigueur pour les consultations et actes, lesquels ne couvrent pas, loin s'en faut, les coûts effectifs. C'est bien pour cela que les établissements hospitaliers reçoivent les subventions de fonctionnement et autres, destinées à équilibrer leurs comptes, ce que les seules recettes propres ne peuvent prétendre faire, même en excluant les salaires des personnels d'Etat.

En outre, mener l'analyse des coûts indirects aurait demandé des travaux de comptabilité analytique lourds, qui auraient constitué, en eux-mêmes, une véritable étude en raison de l'absence de comptabilité analytique dans les structures sanitaires de l'échantillon (et du pays en général).

Dans certains cas – rares – les données de coûts fournies par les FOSA ont été ajustées pour tenir compte de données qui paraissaient plus plausibles ou légitimes. Par exemple, lors de la prise en charge de la haute tension artérielle (HTA), on trouvait un coût du comprimé d'Aldomete de 38 Ouguiyas au CS de Sebka, contre 15 Ouguiyas au CS El Mina et au CHME. C'est ce dernier coût qui a finalement été retenu y compris pour Sebka. Ceci a amené une réduction de 11.040 Ouguiyas dans le coût de la PEC de l'HTA au CS de Sebka. Autre exemple : certaines FOSA avaient indiqué un coût de registre (pour le service de gynécologie) mais celui-ci est en réalité utilisé pour de nombreuses femmes (1.200 selon les données du CH d'Atar), et n'est pas dédié à une seule patiente. Par conséquent, et là encore pour simplifier le calcul et s'en tenir aux consommations dédiées à une prestation, nous avons retiré ce coût (2.000 Ouguiyas ou 2.000/1.200 selon Atar) du calcul.

Le coût de la CPN a amené à la prise d'une option pour simplifier sa reprise dans le calcul du coût du FO. Les coûts indiqués par les FOSA dans les outils de saisie correspondent avant tout à la 1^{ère} CPN. Or, celle-ci inclut le coût du carnet de maternité. Pour des raisons de simplification et de calcul, au bout du compte, du coût du forfait, nous avons divisé le coût du carnet (de 180 à 500 Ouguiyas selon les FOSA) en quatre de façon à ce qu'on le retrouve entier dans le calcul d'un forfait comprenant 4 CPN, comme il est recommandé.

Pour les amortissements, un calcul standard a été appliqué, qui considère le coût d'approvisionnement des équipements retenus, selon les prix de marché local, sachant que les FOSA ne connaissent pas le coût de leurs équipements. Les équipements ont été amortis sur 8 ou 5 ans selon le type, et le coût annuel a été divisé, pour calculer le coût d'amortissement d'une unité de prestation, par le nombre théorique de prestations possibles avec l'équipement donné, selon le temps disponible total et le temps de la prestation correspondante indiqué par les personnels (dans l'outil 2 de collecte). Le tableau ci-dessous synthétise ces coûts. On constate que le coût d'amortissement est significatif pour la couveuse (coût d'achat élevé et temps d'utilisation important pour les prématurés⁹), mais peu pour l'échographe (temps d'utilisation faible) et négligeable pour les autres équipements spécifiques.

Tableau 3. Coûts d'amortissement

	Coût d'achat (oughiyas)	Nb d'années d'amortissement	Coût d'amortissement annuel	Coût d'amortissement par prestation (standard) - oughiyas				
				CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkhah	CS El Mina
Echographe	4 500 000	8	562 500	24	71	38	47	66
Couveuse	3 500 000	8	437 500	8 390	0	0	0	0
Table chauffante	1 250 000	8	156 250	0	856	856	0	0
Table d'accouchement	285 000	5	57 000	9	13	13	7	8
Forceps	125 000	5	25 000	0	0	1	1	0
Ventouse	85 000	5	17 000	0	0	0	1	0

Un calcul du « coût des prestations en santé maternelle concernées par le forfait » a été mené, une fois les coûts des prestations estimés selon les deux méthodes discutées ci-avant. Le coût calculé est une combinaison des coûts de toutes les activités de base identifiées et valorisées, appliquant une pondération du poids de chaque activité sur la base de trois scénarios :

- **Scénario 1** : les volumes d'activité constatés dans chacune des cinq FOSA ;
- **Scénario 2** : une simulation de ce que pourrait être une répartition « standard » pour l'ensemble des FOSA (donc une même répartition des volumes d'activité appliquée à toutes les FOSA) (par exemple 4 CPN partout) ;
- **Scénario 3** : une simulation qui reprend les seules prestations originellement couvertes par le FO, et selon la répartition qui avait alors été utilisée (par exemple il était prévu 5% d'accouchements par césarienne).

La procédure de calcul des coûts a appliqué les mêmes principes pour chaque prestation, et pour chaque FOSA : deux outils ont servi à la collecte des données statistiques (outil 1) et de coûts (outil 2), un troisième outil (adaptation de l'outil CORE) a été utilisé pour tirer de ces données les coûts directs d'une unité de chacune des prestations, un quatrième outil a servi à récapituler les coûts de toutes les prestations et des 5 FOSA mais aussi pour calculer un coût en base de tarification, et pour en tirer ensuite un « coût du FO » par structure selon les deux méthodes de valorisation des coûts, puis un cinquième outil a permis de tirer de tous ces calculs et données les analyses qui sont reprises dans la présent rapport pour traiter chacun des points d'étude.

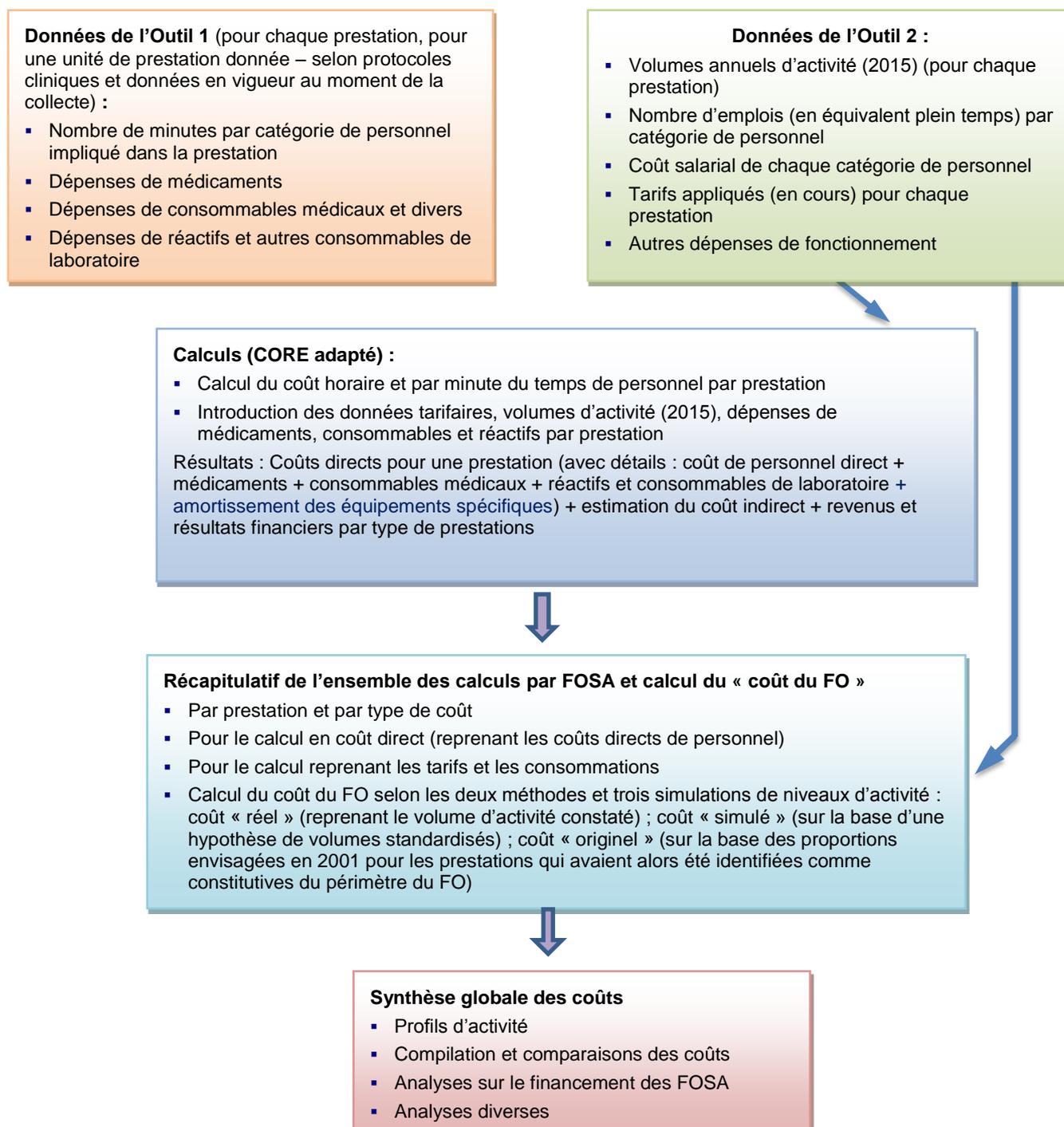
⁹ Le service de néonatalogie du CHME indique un temps moyen de couveuse de 7 jours.

Pour le coût des équipements et le calcul d'amortissement, un outil a été constitué à part car les FOSA n'étaient pas dans la capacité de fournir elles-mêmes les coûts des équipements dédiés aux prestations gynéco-obstétriques retenus pour l'étude (échographe, table d'accouchement, couveuse, table chauffante, forceps, ventouse). Le calcul d'amortissement a ensuite été reversé dans le 3^{ème} outil, de calcul des prestations individuelles.

Le « coût du Forfait » global obtenu a ensuite été augmenté des coûts de gestion du dispositif. Sur la base de ce qui est constaté à Nouakchott et à Aleg, ceci correspond à une augmentation de 10%.

Le schéma suivant présente synoptiquement la démarche de construction des coûts des prestations comprises dans le périmètre étudié.

Figure 1. Schéma du protocole employé pour la valorisation des coûts des prestations et du forfait obstétrical



3.3 Collecte des données

Pour répondre aux besoins de l'analyse et du protocole d'étude tels que décrits précédemment, trois outils de collecte ont été créés :

- Outil 1 : données statistiques (volumes d'activités sur plusieurs années pour chaque type de prestation identifié, données sur l'environnement de la FOSA – population couverte par exemple, nombre et coût salariaux des personnels, tarifications en vigueur, coûts de fonctionnement);
- Outil 2 : données de coûts directs des prestations – pour chaque type de prestation de base identifié – au nombre de 26 (voir l'Annexe 3 pour les détails);
- Outil 3 : un questionnaire pour le recueil d'informations qualitatives et d'avis des gestionnaires hospitaliers.

Ces outils étaient accompagnés de guides expliquant comment les remplir.

Des données complémentaires ont été collectées sous leur forme originale :

- Budgets et bilans financiers des FOSA ;
- Recettes des activités gynéco-obstétriques ;
- Clés de répartition des recettes du FO et leur emploi.

La collecte des données statistiques et de coûts a été longue. En dépit d'une démarche qui comprenait l'envoi électronique des outils de collecte et de saisie des données, équipés de leurs guides d'utilisation, aucune donnée n'a pu être collectée de cette façon. Les outils ont donc, tous, été administrés sur place. Cependant, très peu de temps et de moyens étaient impartis sur place (notamment la disponibilité du personnel des FOSAs visitées).. Dans les trois FOSA du Nouakchott le travail a pris beaucoup de temps, obligeant à revenir à plusieurs reprises pour compléter la collecte.

Il a ensuite été nécessaire de mener des vérifications et de collecter des données complémentaires lorsque des trous ou incongruités sont apparus au moment du traitement des données, notamment lors des travaux de calcul des coûts.

Il est important de noter que la collecte des informations est, pour une bonne part des données clé pour le calcul des coûts des prestations (temps consacré par les personnels aux prestations, prescriptions fournies et consommables utilisés), déclarative et non pas le fruit de l'observation. Ceci est dû au fait que l'on ne disposait pas des ressources nécessaires pour effectuer une collecte basée sur l'observation. D'ailleurs, pour nombre de prestations, cela aurait été très compliqué du fait qu'elles sont peu fréquentes – par exemple certaines urgences obstétricales ou néonatales. Il résulte de ceci que l'on ne peut écarter des distorsions dans les réponses fournies, surtout là où les personnels qui auraient pu aider à croiser les données n'ont pu être interrogés du fait de leur indisponibilité. Des biais ont aussi pu être introduits, notamment dans les hôpitaux, du fait que des répondants ont pu avoir intérêt à « alourdir l'addition », eu égard aux objectifs de l'étude. Pour éviter ces possibles distorsions ou biais, il aurait fallu faire un travail minutieux de vérification, à travers l'observation et la consultation détaillée des registres et livres de compte, ce qui n'était pas possible en raison des ressources imparties à la collecte des données. On peut considérer que ce sont surtout les pratiques et montants des prescriptions et consommations qui auraient mérité de faire l'objet d'une telle procédure de vérification. Pour les temps de prestation, les indications

fournies par les personnels des 5 FOSA peuvent être rapprochées, sachant qu'il s'agit là d'application de protocoles cliniques somme toute standardisés.

La qualité des données statistiques est un véritable problème, notamment au niveau hospitalier. Ceci s'est avéré particulièrement vrai au CH d'Aleg pour lequel les données de l'outil de collecte statistique (volume d'activité des prestations gynéco-obstétricales) et celles tirées de la consolidation des comptes de gestion du FO diffèrent énormément pour 2015, année qui a servi aux calculs.

4 RESULTATS DE L'ETUDE

4.1 Etat des lieux

Le premier point de l'étude porte sur l'état des lieux du Forfait Obstétrical tel que mise en œuvre en Mauritanie.

4.1.1 Rappel sur le périmètre du FO

D'après le dernier document disponible à ce sujet qui est une circulaire du Ministère de la Santé en date du 2 août 2011, les prestations aujourd'hui incluses au FO comprennent, en principe :

- 4 Consultations prénatales (CPN) ;
- Un bilan biologique ;
- Une échographie ;
- Le transfert en ambulance vers le centre de référence (cas d'urgence obstétricale) ;
- L'accouchement assisté, quelle que soit sa forme : eutocique (c'est-à-dire 'normal'), dystocique (c'est-à-dire avec instrumentation) et par césarienne ;
- La réanimation du nouveau-né ;
- La prise en charge des complications (ambulatoire / hypertension (ou HTA), infection urinaire, anémie, paludisme, et soins intensifs) ;
- La consultation postnatale (CPON).

Dans le cahier des charges de la présente étude, ce périmètre est quelque peu modifié :

- Consultations prénatales ;
- Le bilan prénatal en laboratoire ;
- L'échographie ;
- L'accouchement normal ;
- L'accouchement dystocique ;
- La césarienne ;
- Les autres soins obstétricaux d'urgence.

Les deux périmètres envisagés posent quelques problèmes d'interprétation. Par exemple, le contenu de la « réanimation du nouveau-né », qui est comprise dans la Circulaire d'août 2011, n'étant pas précisé, les personnels ne savent pas si les

urgences néonatales (pour cause de naissance prématurée, d'infection du nouveau-né, de détresse respiratoire ou asphyxie à la naissance, d'ictère néonatal, etc.) sont incluses ou non. De même, l'inclusion des « soins intensifs » dans la « prise en charge des complications » laisse penser qu'il pourrait s'agir des soins obstétricaux d'urgence au moment de l'accouchement ou en post-partum, mais ce n'est pas clairement établi. L'interprétation étant donc possible, les FOSA écartent ces prestations du paquet du Forfait, de même que le PNSR. Et il semble que dans les hôpitaux qui ont jusqu'ici refusé de s'associer au dispositif, le fait que la néonatalogie, qui comprend des prestations coûteuses, puisse être incluse est un facteur important du refus. Ces prestations ont été intégrées à l'analyse à la demande du Ministère de la Santé, alors que ce n'était pas initialement demandé dans le cahier des charges.

On constate d'ailleurs, dans les TdR de l'étude, la disparition des soins néonataux.

En revanche, on y trouve les urgences obstétricales (les « soins obstétricaux d'urgence » ou SOU). Par contre, la prise en charge des complications de l'accouchement, qui était prévue dans la Circulaire (« hypertension, infection urinaire, anémie, soins intensifs »), disparaît dans le cahier des charges, en tout cas de façon explicite. Mais ils ont été intégrés à l'étude. D'ailleurs, les complications de la grossesse comme la HTA, la GEU et l'infection urinaire sont effectivement prises en charge par les FOSA dans le cadre du Forfait. En revanche, on ne trouve pas l'anémie dans les statistiques du FO.

Les causes d'urgences obstétricales, d'urgences néonatales et de complications de l'accouchement qui sont ou pourraient donc être (ou pas ?) comprises dans le FO, selon l'interprétation des textes par les formations sanitaires, concernent (dans l'ordre de leur apparition éventuelle au cours de la grossesse puis de l'accouchement et du postnatal) :

- La prise en charge des complications de l'accouchement (comme l'hypertension artérielle ou HTA, l'infection, l'hémorragie, la grossesse extra-utérine ou GEU, l'anémie, etc.) – ceci est pris en compte dans le paquet du Forfait ;
- Les urgences obstétricales autres que celles prises en charge par la césarienne (qui est clairement mentionnée dans les textes du FO), par exemple : l'hémorragie du post-partum, l'éclampsie (complication de l'HTA au moment de l'accouchement), l'infection, la rupture utérine, etc. – ne sont pas prises en compte dans le Forfait (on ne comptabilise que les accouchements dystociques pris en charge par les forceps, les ventouses, l'épisiotomie) ;
- Les urgences néonatales (pour cause de naissance prématurée, d'infection du nouveau-né, de détresse respiratoire ou asphyxie à la naissance, ictère néonatal, etc.) – non incluses dans le paquet du FO par le PNSR et les FOSA.

Les Urgences Néonatales (UN) ont été intégrées dans le périmètre de l'étude, même si, dans les faits, elles ne le sont pas, actuellement, dans l'interprétation du FO par le PNSR et les FOSA. Nous avons donc procédé à des calculs intégrant les UN, et les excluant.

On notera que ni l'avortement ni la planification familiale (PF) (explicitement du moins pour cette dernière), ne font partie du périmètre actuel du FO tel que défini dans les textes ou le cahier des charges de notre étude. Néanmoins, soulignant encore une fois la confusion qui existe dans l'interprétation du périmètre du paquet d'activités, l'avortement apparaît dans les documents de suivi du FO qu'utilisent les

FOSA. Il est vrai qu'il était bien compris dans le périmètre du FO tel que défini dans l'étude originelle (2001). En revanche, on ne trouve pas de statistiques d'activité à son sujet dans les rapports des FOSA, suggérant donc que même s'il est pratiqué, il n'est pas inclus au périmètre pratiqué du FO.

Quant à la PF, les protocoles du PNSR, pour chaque niveau de structure de prise en charge, disposent d'une section à cet effet, dans le chapitre consacré à la « gynécologie et l'espacement des naissances ».

Du fait de leur absence des statistiques ou du périmètre effectif, ces prestations n'ont pas été incluses à l'analyse de coûts.

En conclusion, les prestations retenues dans l'étude sont :

1. Prise en Charge Prénatale :
1.1. CPN dont : ✓
1.1.1. Consultation prénatale
1.1.2. Examens de laboratoire
1.2. Echographie
1.3. Consultation gynécologique
1.4. Prise en charge des pathologies liées à la grossesse dont : ✓
1.4.1. HTA
1.4.2. Infection urinaire
1.4.3. Hémorragie
1.4.4. GEU
2. Accouchement assisté :
2.1. Préparation à l'accouchement
2.2. Accouchement eutocique / normal (acte)
2.3. Accouchement dystocique (acte) dont : ✓
2.3.1. avec Episiotomie
2.3.2. avec Forceps
2.3.3. avec Ventouse
2.4. Prise en charge des urgences obstétricales liées à l'accouchement dont : ✓
2.4.1. PEC de l'Eclampsie
2.4.2. PEC de l'Hémorragie du post-partum
2.4.3. PEC de l'Infection
2.4.4. PEC de la RU avec hystérectomie
2.5. Césarienne dont : ✓
2.5.1. Actes anesthésique et chirurgical
2.5.2. Hospitalisation & soins de suite
3. Prise en Charge du Nouveau-né :
3.1. Soins simples du nouveau-né
3.2. Soins néonataux d'urgence / Réanimation du nouveau-né dont : ✓
3.2.1. PEC de la Détresse Respiratoire
3.2.2. PEC de la Prématurité
3.2.3. PEC de l'Infection
3.2.4. PEC de la Malformation
4. Surveillance Post-Natale
4.1. Consultation Post-Natale (CPON)
5. Evacuation sanitaire :
5.1. Transport médicalisé pour urgence gynéco-obstétricale

4.1.2 Le système de reversement des recettes du FO

Les recettes qui sont reprises dans le financement des activités gynéco-obstétricales des FOSA qui adhèrent au FO somment tant les recettes propres du Forfait (la vente du Forfait) que celles tirées de la vente « à l'acte » des prestations gynéco-obstétricales directement aux patientes. Le total de ces recettes est ensuite alloué à un ensemble de postes de dépenses, comme illustré dans l'exemple ci-dessous tiré du mois de décembre 2015 pour l'ensemble des CS de Nouakchott.

Tableau 4. Ventilation des recettes gynéco-obstétricales pour les CS de Nouakchott (déc. 2015)

VENTILATION DES RECETTES AU 31 DEC 2015				
RECETTES				
	CS Sebkha	2 123 500,0		
	CS El Mina ME	1 115 700,0		
	CS El Mina	558 100,0		
	CS Arafat IS	456 500,0		
	CS Arafat OIS	711 000,0		
	CS RYAD	826 700,0		
	PS KISSAL	652 500,0		
	PS TESSAMOUH	189 500,0		
	TOTAL	6 633 500,0		
DEPENSES FIXES ET AUTOMATIQUES				
	Consommables : reconstitution du stock	35%		2 321 725,0
	Fonctionnement CS	10%		663 350,0
	Equipe du bloc opératoire par jour ouvrable	22	37 500	825 000,0
	Equipe du bloc opératoire par jour chomé	9	38 900	350 100,0
	Gestionnaire	55 000		55 000,0
	Pharmacien + aide gest(40000+10000)	50 000		50 000,0
	Monitoring + responsable bloc (40000+40000)	80 000		80 000,0
	Anesthésistes (30 000 + 30 000+31000)	91 000		91 000,0
	Gardien	10 000		10 000,0
	TOTAL			4 446 175,0
	DEPENSES EXCEPTIONNELLES FS			7 500,0
	SOLDE : recettes - dépenses fixes et automatiques			2 187 325,0
VENTILATION DU SOLDE				
	Primes du personnel des CS		85%	1 859 226,3
	Fonds de sécurité du forfait		5%	109 366,3
	Prise en charge des cas sociaux (DRPSS)		10%	218 732,5

Les recettes attribuées à la couverture des charges de fonctionnement et aux primes du personnel sont ensuite réparties entre FOSA sur la base des points totaux d'indice d'activité de chaque structure, calculés comme montré dans l'exemple ci-dessous, extrait du rapport de gestion du FO de Kiffa.

Tableau 5. Calcul du total des points d'indice d'activité gynéco-obstétricale (exemple de Kiffa - août 2014)

ACTIVITE ET POINTS DU MOIS D'AOUT 2014					
		CH		CSM	
		Nb	Activité	Nb	Activité
Prestations	Poids attribué à chaque prestation (1)	(2)	= (2) x (1)	(3)	= (3) x (1)
CPN	0,2	256	51,2	382	76,4

ACTIVITE ET POINTS DU MOIS D'AOUT 2014					
		CH		CSM	
		Nb	Activité	Nb	Activité
Prestations	Poids attribué à chaque prestation (1)	(2)	= (2) x (1)	(3)	= (3) x (1)
Echo	0,3	55	16,5	100	30
Labo	0,4	0	0	138	55,2
Jours d'hospitalisation	0,2	3	0,6	0	0
Accouchement	1	219	219	144	144
C post natale	0,2	0	0	76	15,2
TOTAL			287		321

CSM = Centre de Santé de Moughataa (en général un seul par Moughataa - de type A)

CH = Centre Hospitalier

On remarquera ici que la pondération (les poids de chaque prestation) est la même dans toutes les FOSA, donc tant pour un HR que pour un CS (voir les indices situés dans la deuxième colonne). Autrement dit, en termes de poids et donc d'intensité de consommation de ressources, un accouchement en CSM = un accouchement en CH, alors que les coûts sont bien différents. Ceci tient au fait qu'originellement, le FO a été calculé pour être implanté à Nouakchott dans un réseau de Centres de Santé, avec le CS de Sebkhah au centre du dispositif comme maternité de référence. Par conséquent, la réalité des hôpitaux n'y a pas été prise en compte. C'est cette absence de prise en compte de la spécificité des hôpitaux dans le calcul du dispositif qui crée aujourd'hui leur réticence à se joindre au dispositif, ce que l'on peut comprendre.

Tableau 6. Calcul de ventilation des montants couvrant les charges de fonctionnement et les primes de personnel entre les CS de Nouakchott (cas de déc. 2015)

VALEUR DES POINTS						
	Activité totale	10% CS	point CS	85% primes	point prime	
	2 673	663 350,0	248,21	1 859 226,3	695,69	
REPARTITION POUR LES FORMATIONS SANITAIRES : FONCTIONNEMENT ET PRIMES						
	Activité	Fonctionnement	Total primes	Primes fixes	P mob/ch fixes	Total
CS Sebkhah	1 058	262 485,55	735 690,09	514 983,06	220 707,03	998 175,63
CS El Mina ME	350	86 899,47	243 560,38	170 492,26	73 068,11	330 459,85
CS El Mina	283	70 244,36	196 879,71	137 815,80	59 063,91	267 124,07
CS Arafat IS	164,7	40 880,73	114 579,82	80 205,87	34 373,95	155 460,55
CS Arafat OIS	272,1	67 538,83	189 296,71	132 507,70	56 789,01	256 835,55
CS RYAD	300,3	74 538,45	208 915,11	146 240,58	62 674,53	283 453,56
PS KISSAL	193,1	47 929,99	134 337,36	94 036,15	40 301,21	182 267,34
PS TESSAMOUH	51,7	12 832,6	35 967,1	25 176,95	10 790,12	48 799,70
TOTAL	2 672,5	663 350,0	1 859 226,3	1 301 458,4	557 767,9	2 522 576,3

Les primes du personnel sont ensuite réparties entre ceux-ci sur la base des indices attribués à chacun.

Ce dispositif est discuté plus en détails dans la partie 3.3.3.

4.1.3 Couverture du FO et données gynéco-obstétricales

Le dispositif du FO a d'abord été implanté à Nouakchott à partir de novembre 2002, dans les arrondissements de Sebkhah et El Mina, puis d'Arafat en mai 2004.

Par la suite il a été progressivement étendu à travers le pays pour une implantation, aujourd'hui, dans 38 des 54 départements ou *Moughataas* du pays. Pour un résumé détaillé de l'histoire du Forfait et de l'évolution de sa couverture, on peut se reporter au rapport sur l'évaluation de l'impact du FO de 2015¹⁰, et sur l'évaluation du dispositif datant de 2016¹¹. **Le taux de CPN** (au moins une visite) estimé est passé de 62,8% en 2011 à 83,4% en 2015 (tableau ci-dessous tiré du rapport de l'enquête MICS 2015). Ce taux enregistre d'importantes variations d'une région à l'autre, et plus encore si on prend en compte les 4 visites recommandées (et prises en charge par le FO), puisque le taux de CPN4, qui était de 63% en 2015 au niveau national, variait de 38,7% dans la Wilaya de Guidimagua à 80,3% à Nouakchott.

Tableau 7. Taux de CPN - Mauritanie 2015

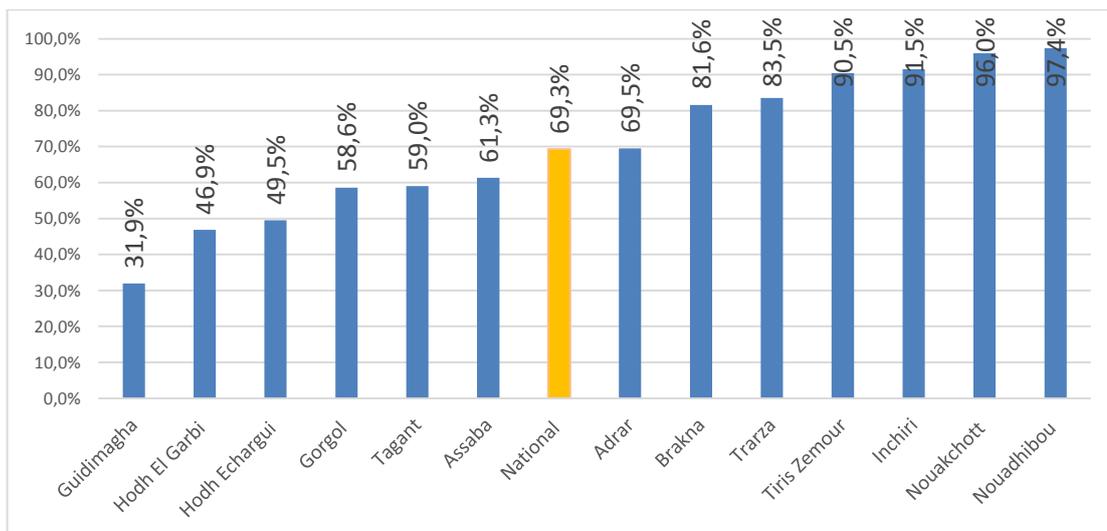
Wilaya	CPN4 et plus	Taux CPN
<i>Hodh Echargui</i>	53,0	72,7
<i>Hodh El Garbi</i>	49,8	69,6
<i>Assaba</i>	57,1	73,3
<i>Gorgol</i>	58,3	93,5
<i>Brakna</i>	68,6	91,1
<i>Trarza</i>	72,4	92
<i>Adrar</i>	48,3	68,3
<i>Nouadhibou</i>	73,6	96,3
<i>Tagant</i>	49,3	68,2
<i>Guidimagha</i>	38,7	66,3
<i>Tiris Zemour</i>	58,1	88,4
<i>Inchiri</i>	70,5	92,5
<i>Nouakchott</i>	80,3	92,4
<i>National</i>	63,0	83,4

Source : Office National des statistiques 2016 : Rapport de l'enquête MICS 2015

Le taux d'accouchement assisté est en augmentation : il est passé de 40,6% en 2013 à 69,3% en 2015. Par Wilaya, le taux connaît, là aussi, de très fortes variations, avec 31,9% seulement à Guidimagua, et 97,4% à Nouadhibou.

¹⁰ Alexandre Dumont, Aline Philibert, Marion Ravit, Ines Dossa, Emmanuel Bonnet, Valéry Ridde. Etude d'impact du Forfait Obstétrical : analyse des données statistiques existantes. n° AFD/STR/RCH/2014-0011. Non daté (mais sorti en 2015).

¹¹ Vincent Fauveau, Aissa Diarra, Zakaria Amar, Philippe Vinard, François Boillot. Evaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif « Forfait obstétrical » en Mauritanie. Rapport provisoire. Mai 2016. Agence Française de Développement.

Figure 2. Distribution par Wilaya des taux de couverture d'accouchements assistés

Source : Office National des statistiques. Rapport de l'enquête MICS 2015.

Le taux de mortalité maternelle

En Mauritanie, comme dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, le taux de mortalité maternelle reste très élevé. Il s'établissait à 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2013¹². Ce taux ressort plus élevé que le taux enregistré dans les pays voisins : Mali avec 368 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats de l'EDSM-V 2012¹³, et Sénégal avec 434 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon les résultats de RGPHAE 2013¹⁴.

La prévalence des interventions obstétricales d'urgence en Mauritanie :

La césarienne est relativement peu pratiquée en Mauritanie et sa pratique serait même orientée à la baisse. Selon l'enquête MICS 2011¹⁵, le taux de l'accouchement par césarienne était de 9,6% au niveau national en 2011 (pour un pour taux d'accouchements assistés de 65%). Le taux estimé pour 2015 n'aurait atteint que 4,9%, selon le rapport de l'enquête MICS 2015¹⁶, soit une division par deux en 4 ans....

Les statistiques hospitalières disponibles (et qui ne sont pas intégrées au système statistique sanitaire national) tendraient à confirmer de faibles niveaux de recours à cette intervention. Au CH d'Aleg, par exemple, sur les trois premiers trimestres de 2014 on ne comptait que 8 césariennes pour 839 accouchements au total, soit à peine 1% de taux de fréquence. Cela ne représentait, par ailleurs, que 0,4% du nombre total d'interventions chirurgicales sur la même période (2.039). Par contre, sur toute l'année 2013, sur 361 accouchements notifiés, 35 avaient eu lieu par césarienne (9,7%). Il conviendra d'élucider cette brutale chute du nombre de

¹² Office National des Statistiques (2016). Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013). Synthèse des Résultats définitifs du RGPH 2013. ONS. page 55

¹³ Institut National de la Statistique (2014). Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V) 2012-2013. Page 207.

¹⁴ Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (2014). Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage. Page 203.

¹⁵ Office National des Statistiques (2014) : Rapport final de l'enquête MICS 2011. Page 123

¹⁶ Office National des Statistiques (2016) : Rapport final de l'enquête MICS 2015. Page 152

césariennes, en regard d'une très forte augmentation du nombre d'accouchements (un triplement en rythme annuel). L'étude de 2015 sur l'impact du FO notait d'ailleurs que le taux de césarienne avait nettement moins augmenté chez les femmes exposées au Forfait (2,5 x moins) que chez les autres. Ceci est particulièrement visible à Nouakchott. Par contre elle n'est pas en mesure de l'expliquer. Elle cite aussi le fait que là où le FO est en place les femmes enceintes recourent beaucoup moins à l'hôpital et que l'activité gynéco-obstétricale se reporte vers les CS. Ceci peut, en partie, expliquer la réticence des hôpitaux, qui sont en autonomie de gestion, pour ce dispositif qui peut être perçu comme les privant d'une partie de leur activité.

Tableau 8. Taux d'accouchement par césarienne 2011-2015

Wilaya	2011	2015
Hodh Echargui	6,5%	1,9%
Hodh El Garbi	0,7%	1,5%
Assaba	4,1%	3,6%
Gorgol	1,3%	1,2%
Brakna	4,9%	4,3%
Trarza	9,7%	5,8%
Adrar	19,9%	4,0%
Nouadhibou	8,8%	11,3%
Tagant	7,1%	2,6%
Guidimagha	2,2%	0,9%
Tiris Zemour	6,3%	14,7%
Inchiri	n.a	7,8%
Nouakchott	22,6%	10,7%
National	9,6%	4,9%

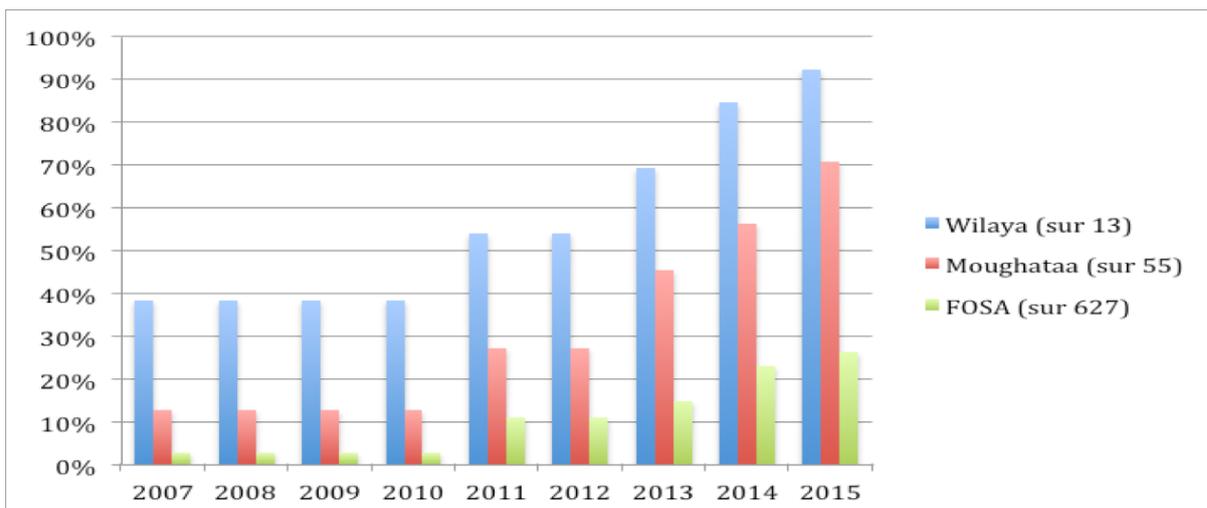
Source : Enquête MICS 2011 (page 123) et MICS 2015 (page 152).

Concernant les autres soins obstétricaux d'urgence (SOU), notamment la prise en charge des hémorragies (du 3^{ème} trimestre de grossesse, du post-partum immédiat), des Grossesses Extra Utérines (GEU), des grossesses molaires ou des avortements hémorragiques, on dispose de données pour les GEU et les avortements (en général). Par exemple, à Kiffa, qui n'est pas dans l'échantillon mais où le FO est en place, on comptait la PEC de 15 avortements et aucune GEU en juillet 2014. Au Cs de Sebkh, pour toute l'année 2015 on comptait 21 avortements rapportés, et une GEU.

Le taux de couverture du FO :

Aujourd'hui, seules 24,2% des FOSA du pays (152 sur 627 fonctionnelles) proposent la prise en charge gynéco-obstétricale au Forfait. Le graphique suivant, repris de l'évaluation rétrospective du FO menée en 2016, illustre la progression depuis 2007 de la couverture institutionnelle du Forfait.

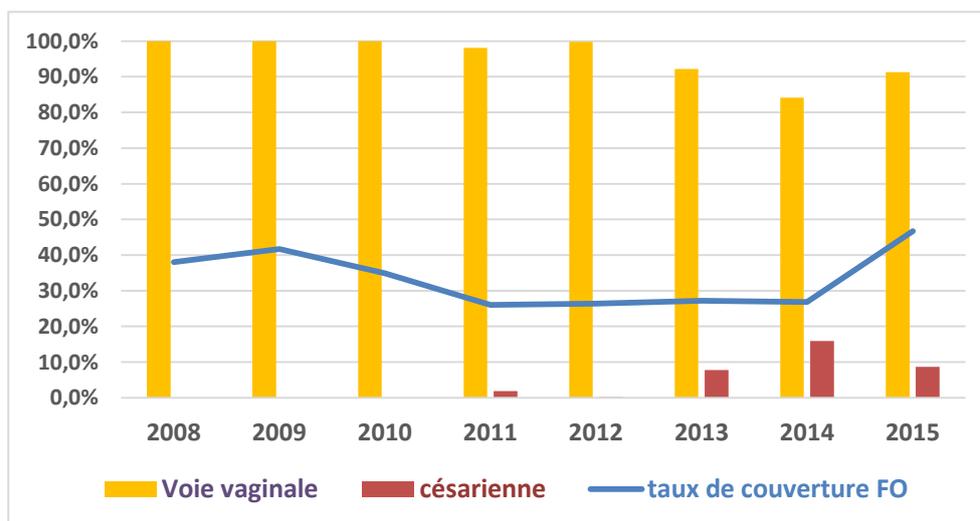
Figure 3. Taux de couverture institutionnelle du Forfait Obstétrical



Source : Evaluation rétrospective du projet d'appui à l'extension de la politique nationale du dispositif « Forfait obstétrical » en Mauritanie. Rapport provisoire. Mai 2016. Agence Française de Développement.

Cependant, il faut noter que ce taux de couverture géographique du FO ne reflète pas le taux de couverture effectif, c'est-à-dire la part des femmes qui, enceintes, souscrivent au FO en payant la cotisation. Les statistiques disponibles auprès des FOSA de l'échantillon d'étude adhérant au FO indiquent des taux de couverture qui sont très inégaux et, globalement, plutôt peu élevés. Ainsi, au CH d'Aleg, seuls un quart des CPN enregistrées ces dernières années étaient couvertes par le FO, tandis que ce taux atteint 83% en 2015 au CS de Sebkhah (mais en diminution). Au CH d'Aleg, 32% seulement des accouchements eutociques étaient couverts par le FO en 2015.

Figure 4. Profil de l'activité d'accouchement au CH d'Aleg (2008-2015)



Note : le « taux de couverture » correspond à la part de tous les accouchements au CH d'Aleg qui était prise en charge par le Forfait sur la période.

Le questionnaire administré auprès des cinq FOSA qui forment l'échantillon de l'étude donne un aperçu, certes parcellaire, de la façon dont le dispositif du Forfait Obstétrical est perçu par les personnels de ces structures, là où il est en vigueur comme là où il ne l'est pas. On constate parfois un certain désappointement. Des

commentaires font état d'un FO qui ne « remplit pas sa mission », mais d'autres sont plus positifs. Le contraste est même assez surprenant puisqu'on le trouve entre FOSA pourtant voisines et incluses au même réseau : les deux CS de Nouakchott de l'échantillon (Sebkha et El Mina). L'une signale des ruptures de stocks, parle de « laisser-aller », du fait que les patientes sont mécontentes et le font savoir auprès des personnels « pris à partie », tandis que l'autre déclare que les femmes y trouvent « beaucoup d'avantages » et que le dispositif jouit d'un « avenir prometteur ».

La Revue des Dépenses Publiques de Santé 2005-2010¹⁷ notait que « les mécanismes de gratuité (*Paludisme*) ou les programmes « hyper subventionnés » (*forfait obstétrical*) n'ont pas été accompagnés de mesures nécessaires à leur réussite (*absence de fonds suffisants, absence d'équipements dans les structures de soins, pas de communication...*) ». De son côté, la revue sectorielle 2015 identifiait l'existence de « programmes parallèles » (dont le FO) comme cause d'un « manque à gagner des formations sanitaires sur le SRC » (Système de Recouvrement des Coûts) et suggérait de « subventionner le manque à gagner pour les formations sanitaires à cause des programmes parallèles », et de « mettre en place une meilleure coordination entre les différents niveaux du système de santé ». Ces commentaires sont d'ailleurs à rapprocher du constat de transfert d'activité gynéco-obstétricale depuis les hôpitaux vers les CS et PS constaté par l'étude d'impact de 2015. Ceci indique donc la possibilité d'un impact négatif sur le financement des FOSA de la mise en œuvre d'un dispositif comme le FO, mais aussi un manque d'appui financier à ce dispositif, supposant un écart négatif entre le revenu potentiel des FOSA sans le FO, et avec. Il est néanmoins difficile d'estimer (de quantifier) quel serait le niveau d'activité avec le FO quand on n'y adhère pas, et sans quand on y adhère. En effet, le FO, proposant un tarif unique, et modeste, pour un ensemble garanti de prestations, a un effet potentiellement attractif qui doit en principe inciter les femmes à y souscrire là où il est disponible et, en conséquence, pourrait mener à une augmentation du recours aux soins. A contrario, en son absence, les tarifs des prestations individuelles représentent à n'en pas douter une barrière financière à l'accès aux soins pour nombre de femmes et ménages.

On rappellera ici que l'étude d'impact de 2015 notait que « *Les données tirées des enquêtes ménages n'ont pas permis d'observer des effets positifs significatifs (effet causal propre au FO) de la disponibilité du FO sur l'utilisation des services de santé reproductive, à l'échelle de toute la population.* » On constatait plutôt des évolutions positives pour des sous-groupes, comme les plus démunis, sur certaines prestations et régions.

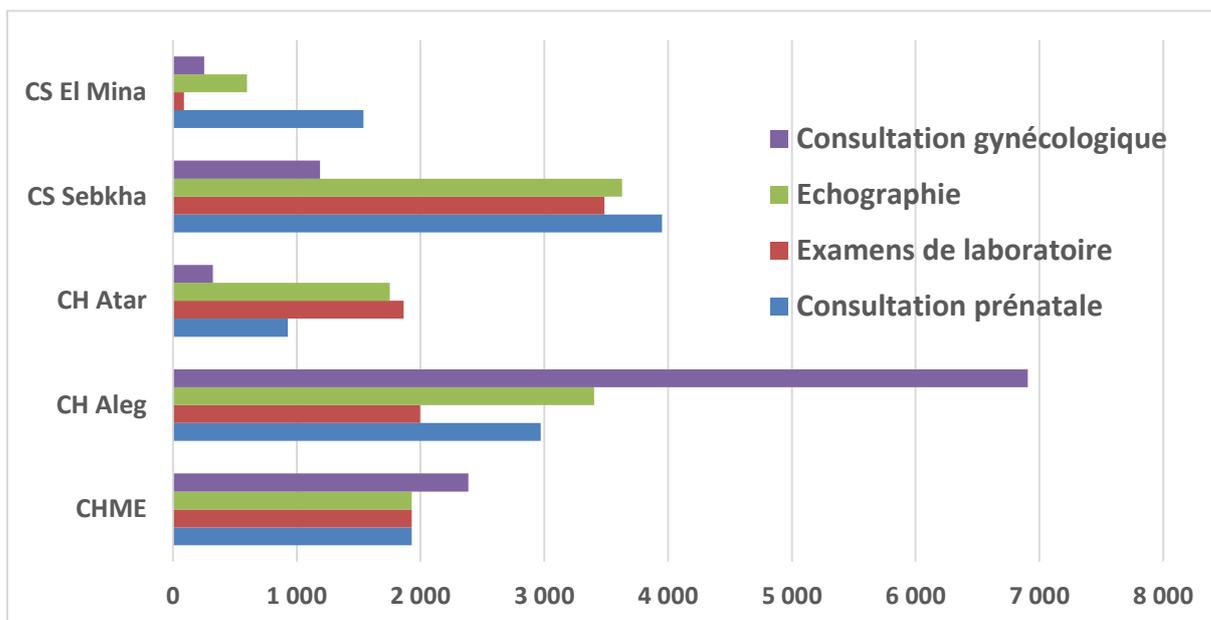
4.2 Activité des FOSA de l'échantillon

4.2.1 Activité gynéco-obstétrique globale des FOSA

Les données disponibles montrent des niveaux d'activité très contrastés entre les FOSA de même niveau.

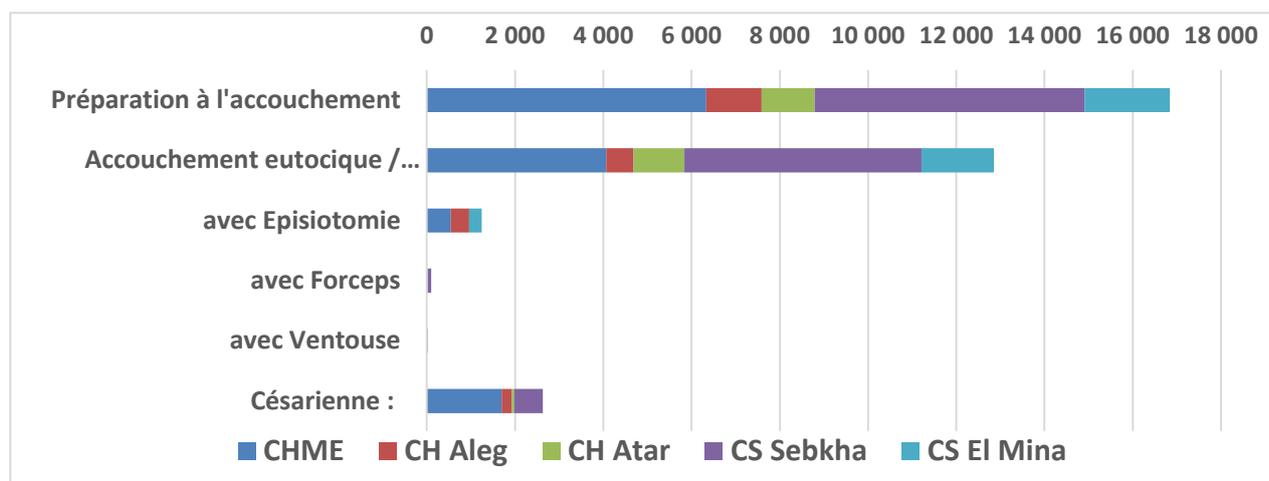
¹⁷ République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Revue des dépenses publiques de santé (RDPS) 2005-2010. Rapport Final. 2011.

Figure 5. Volume d'activité (2015) des prestations liées à la PEC prénatale



Ensemble, les cinq FOSA ont enregistré 16.840 accouchements en 2015. Le CHME en a comptabilisé 6.330, soit 37,6% du total des cinq FOSA, et le CS de Sebka 6.118 (36,3%). Les 12.854 accouchements eutociques ont représenté 76,3% du nombre total d'accouchements enregistrés dans l'échantillon. Les 1.319 PEC de dystocies ont compté pour 7,8%. L'épisiotomie a compté pour l'essentiel de cette activité, avec les forceps (78 cas) utilisés un peu à Sebka et au CHME (21 cas).

Les accouchements par césarienne ont représenté 2.626 cas en 2015 dans les cinq FOSA de l'échantillon (tableau 11), soit 15,6% du total des accouchements. En tant qu'hôpital de troisième niveau, le CHME a comptabilisé, ce qui est normal, le plus haut taux de césarienne, avec 26,8%. Le CS de Sebka, maternité de référence originelle du dispositif du FO à Nouakchott, où la césarienne est pratiquée, en a pratiqué 648 en 2015, soit 10,6% du total des accouchements au Centre cette année-là. Le CS d'El Mina n'offre pas cette prestation.

Figure 6. Volume d'activité obstétricale des 5 FOSA de l'échantillon (2015)

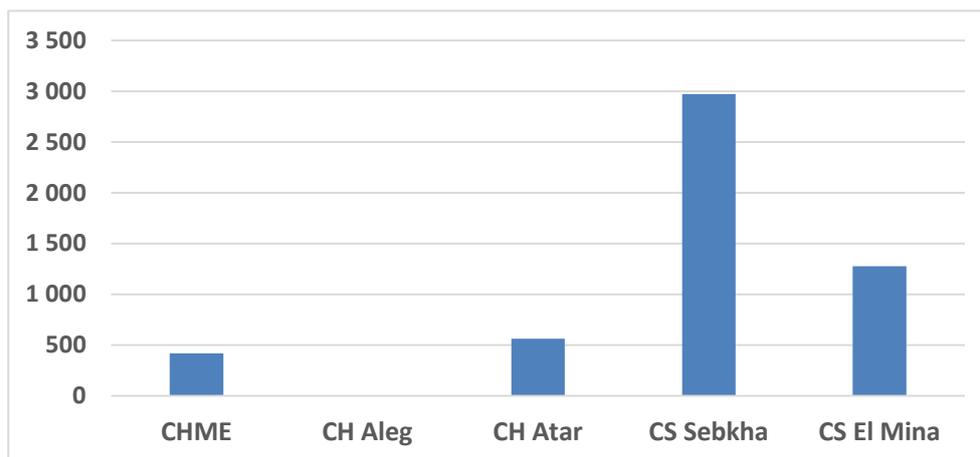
Nota : la prestation « préparation à l'accouchement » recouvre les actes et consommations qui précèdent juste l'acte d'accouchement proprement dit, pour ce qu'elles ont de commun quel que soit le type d'accouchement. En principe la somme des différents types d'accouchement correspond au nombre de « préparations » constaté.

Tableau 9. Répartition des accouchements par types dans les FOSA de l'échantillon (2015)

	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkhah	CS El Mina	Totaux
Nombre total d'accouchements	6 330	1 256	1 207	6 118	1 929	16 840
Accouchements eutociques	4 062	626	1 148	5 374	1 644	12 854
en % du total	64,2%	49,8%	95,1%	87,8%	85,2%	76,3%
Accouchements dystociques	569	409	2	96	285	1 361
en % du total	9,0%	32,6%	0,2%	1,6%	14,8%	8,1%
Césariennes	1 699	221	58	648	0	2 626
en % du total	26,8%	17,6%	4,8%	10,6%	0,0%	15,6%

L'activité postnatale est forte dans les CS (environ 3.000 à Sebkhah en 2015), et est absente au CH d'Aleg du fait qu'un CS placé juste à côté se charge de cette activité (voir graphe ci-dessous). Ceci ne semble pas très logique alors que la CPN est pratiquée au CH d'Aleg et que ce sont en principe les mêmes personnels qui consultent pour les deux types d'activité.

Figure 7. Volume d'activité - Consultation Post-Natale (2015)

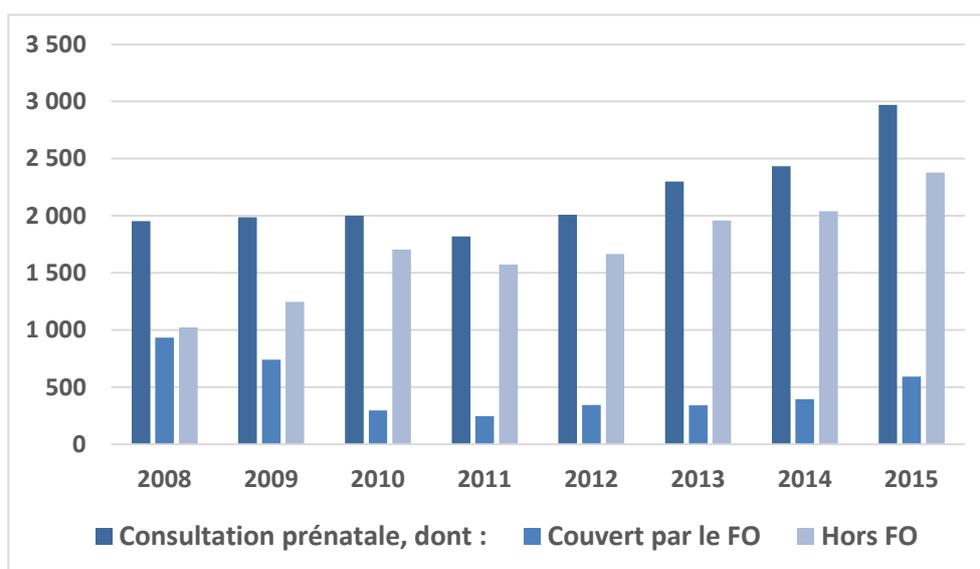


4.2.2 Répartition de l'activité forfait / hors forfait

Trois des cinq Formations Sanitaires retenues (CH d'Aleg et les deux CS de Sebkhha et El Mina à Nouakchott) appliquent le Forfait Obstétrical.

CPN. Alors que le CH d'Aleg adhère, et depuis 2008, au dispositif du FO, on constate que l'activité gynécologique hors forfait excède très largement celle correspondant aux femmes payant le forfait. Après une chute très prononcée du niveau d'activité de la CPN sous forfait (2008-2010), et alors que celle hors forfait progressait rapidement, on constate depuis une progression lente du forfait jusqu'à 2014, puis une montée significative en 2015, mais aussi pour l'activité hors forfait. En 2015, pour 593 visites prénatales sous forfait, on en a compté 2.378 hors forfait, soit une répartition 20/80. Cette répartition était proche de 50/50 en 2008 mais était tombée à 15/85 dès 2010. Il est cependant difficile de tirer des conclusions de couverture du FO par le CH de ces données car il se trouve un CS juste à côté, où les prestations pré- et postnatales sont fournies (il n'y a d'ailleurs pas de CPON au CH d'Aleg).

Figure 8. Volume d'activité CPN au CH d'Aleg



L'activité prénatale hors forfait était quasiment négligeable au CS de Sebkhha jusqu'en 2014, mais elle a soudainement pris une ampleur plus notable en 2015

(782 CPN soit 17% du total enregistré cette année-là contre moins de 2% en 2014). De fait, la progression enregistrée du nombre de CPN en 2015 par rapport à 2014 à Sebkhah est entièrement imputable à l'activité hors forfait (figure 7).

A El Mina on n'enregistre pas d'activité hors forfait en CPN. Par contre, celle-ci a reculé nettement en 2015 par rapport aux années précédentes (-8,3%) (figure 8).

Figure 9. Volume d'activité CPN au CS de Sebkhah

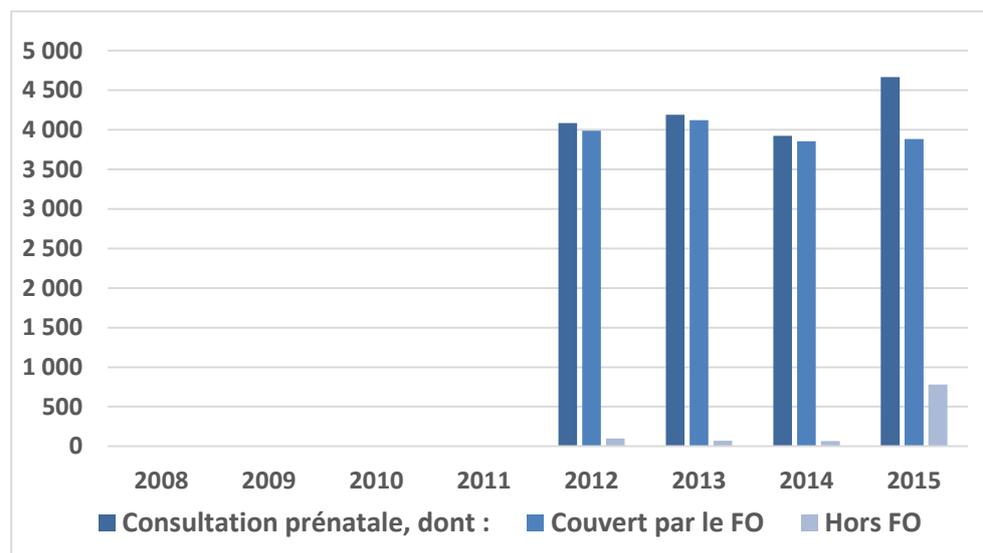
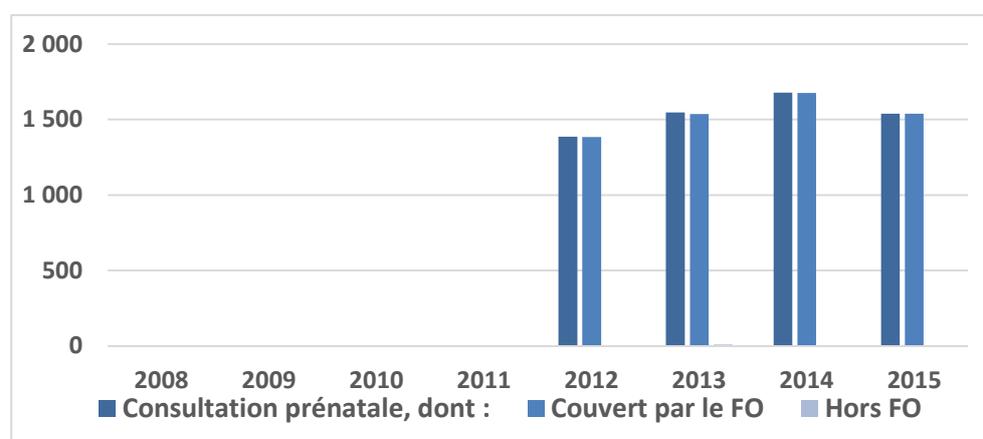
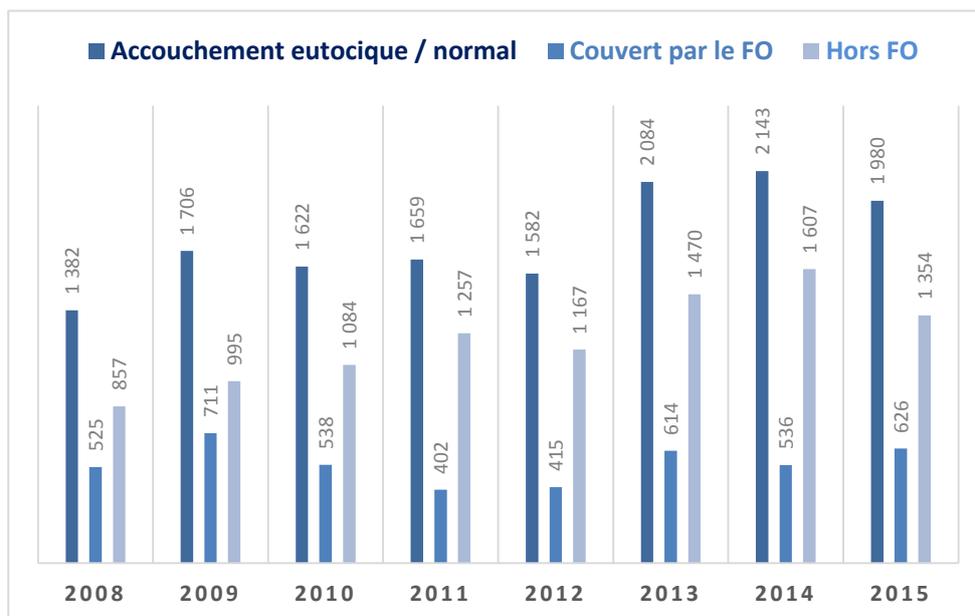


Figure 10. Volume d'activité CPN au CS d'El Mina



Dans le domaine de l'accouchement, on constate une activité en assez forte augmentation en 2013 à Aleg (pour ce qui est des accouchements eutociques qui sont la très vaste majorité), soit +31,7%, passant d'un niveau global de l'ordre de 1.600-1.700 accouchements par an à environ 2.000. Cependant, la proportion de ces accouchements qui sont pris en charge dans le cadre du forfait obstétrical, qui était de l'ordre de 40% en 2008-2009 est demeurée inférieure à 30% entre 2011 et 2014. En 2015, néanmoins, elle est remontée à 47%. Donc, la proportion d'accouchements couverts par le FO est supérieure à ce qu'elle est pour la CPN, mais reste assez faible en définitive, laissant penser que le FO n'est pas suffisamment attractif pour les femmes enceintes et les parturientes, ou bien qu'il n'est pas suffisamment promu auprès de celles-ci par les personnels hospitaliers et le système de santé d'une façon générale.

Figure 11. Volume d'activité - accouchement eutocique au CH d'Aleg 2008-2015



Globalement, on constate que même dans les zones où le forfait est pourtant en place depuis longtemps, comme à Nouakchott et à Aleg, le taux d'adhésion des femmes y semble finalement assez faible. Une fiche de l'AFD de 2011 sur le FO indique que, à cette époque, 80% des femmes des zones où le FO était proposé y souscrivaient¹⁸. Ceci mériterait d'être de nouveau étudié. D'ailleurs, l'évaluation à mi-parcours du premier projet d'appui au Forfait Obstétrical de 2011¹⁹ notait que, à la suite de l'implantation du FO dans une zone, « *les indicateurs progressent souvent lors du lancement d'un projet mais se stabilisent ensuite et il devient parfois difficile de les maintenir.* » La brève revue statistique précédemment discutée, bien que n'étant pas une preuve scientifique (il conviendrait de mener une étude en bonne et due forme pour établir ces mesures précisément), semble indiquer que les taux de couverture ne sont pas ceux affichés. D'ailleurs, l'évaluation rétrospective du dispositif menée en 2016 aboutit à des constats similaires (« *l'adhésion des femmes est sans doute surestimée* »). Les commentaires des personnels des FOSA (voir l'Annexe 2) interrogés dans le cadre de la présente étude indiquent, dans certains cas où le FO est effectivement en place, une probable désaffection de la population devant le manque de services ou leur faible qualité. Mais ceci affecte aussi, très probablement, l'activité hors forfait.

Les chiffres de 2015 d'Aleg semblent indiquer une ré-augmentation de la proportion de l'activité gynéco-obstétricale couverte par le FO. Mais, a contrario, les chiffres du CS de Sebkhia pointent dans l'autre direction. Il est donc, là aussi, difficile de tirer des enseignements généraux. Ces évolutions mériteraient d'être analysées plus précisément, de façon ad-hoc, car il est probable qu'elles traduisent aussi une diversité de situations locales.

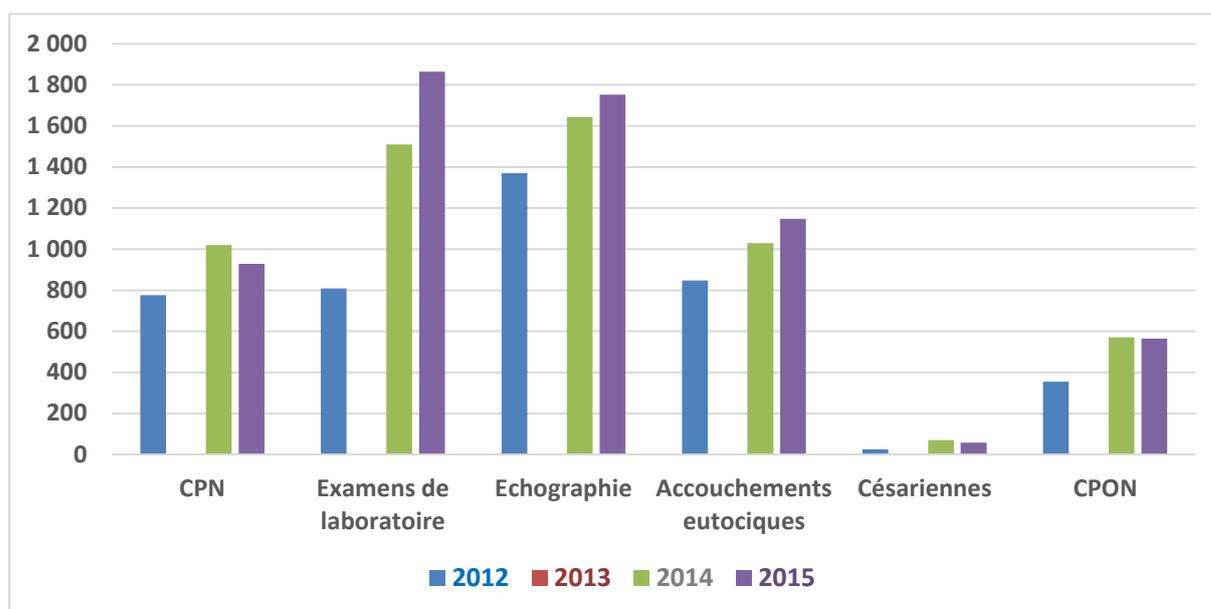
¹⁸ République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) Agence Française de Développement. Etude de cas. Forfait obstétrical : Une assurance santé pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle.

¹⁹ République Islamique de Mauritanie. Ministère de la santé. Evaluation à mi-parcours du Projet d'appui à l'extension du forfait obstétrical. Philippe Vinard. Février 2011.

4.2.3 Activité dans les FOSA qui n'adhèrent pas au Forfait Obstétrical

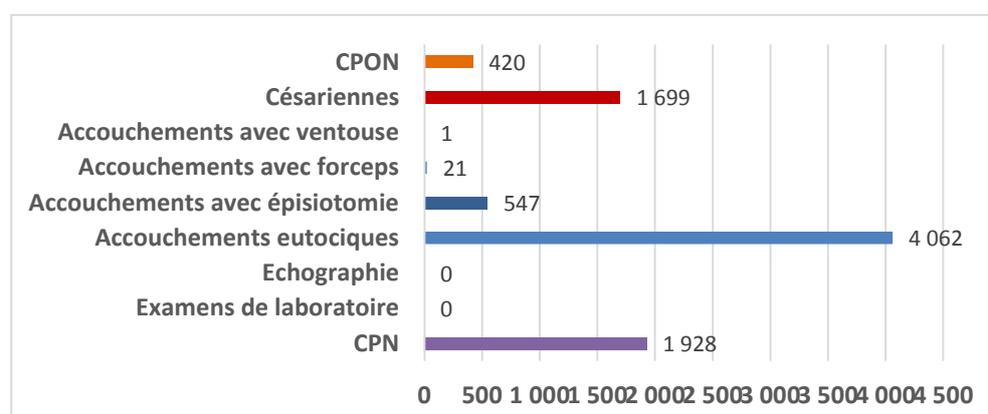
Au CH d'Atar, les données couvrent la période 2012-2015 mais n'ont pu être compilées pour 2013. Les accouchements y sont essentiellement eutociques, sans quasiment aucune prise en charge nécessitant ne serait-ce qu'une épisiotomie. Les césariennes (de 25 à 70 par an sur la période des données) ont représenté 4,7% des accouchements sur les trois années de données (4,8% en 2015).

Figure 12. Activité gynéco-obstétricale au CH d'Atar



Pour le CHME nous ne disposons que des statistiques d'activité 2015. Cette année-là, le CHME a enregistré 6.330 accouchements, dont 4.062 (64%) eutociques, 547 avec épisiotomies (8,6%) et 1.699 césariennes (26,8%). Le fort taux de césarienne y est tout à fait naturel du fait qu'il s'agit de l'ultime référence gynéco-obstétricale.

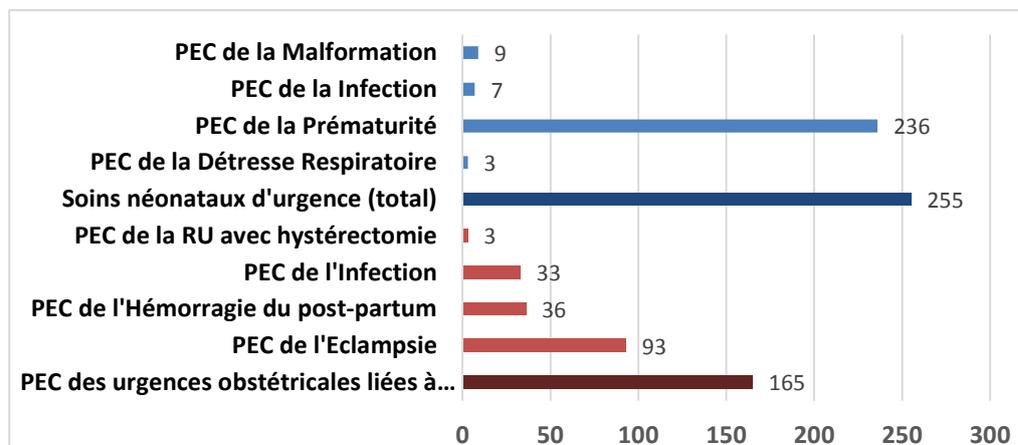
Figure 13. Activité gynéco-obstétricale de base au CHME (2015)



Confirmant son statut de référence nationale, le CHME reçoit des patientes provenant de province (signalé à Atar par exemple, pourtant distant de 450 km). En 2015, 255 urgences néonatales ont été prises en charge, dont 236 cas de

prématurité. L'hôpital dispose en effet d'un service de néonatalogie bien équipé, disposant, notamment, d'un nombre important de couveuses.

Figure 14. Activité SONU au CHME (2015)



4.3 Coûts des prestations gynéco-obstétricales et du Forfait Obstétrical

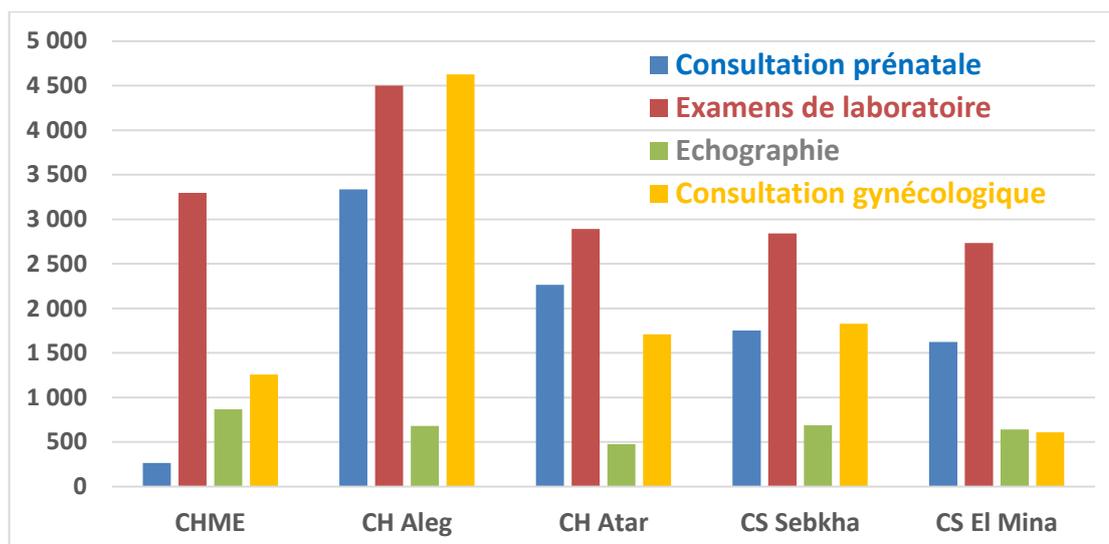
4.3.1 Coûts des prestations individuelles

Conformément à la méthodologie d'élaboration des coûts discutée précédemment, deux méthodes de calculs ont été appliquées. L'une évalue le coût direct (temps de prestations valorisés + consommations), l'autre les tarifs (consultations, examens, actes) et les consommations identifiées dans le premier calcul. L'Annexe 3 présente tous les résultats de ces estimations. Les graphiques ci-dessous synthétisent ces résultats selon 8 catégories principales de prestations : PEC prénatale, PEC des pathologies liées à la grossesse, accouchement normal (eutocique), complications de l'accouchement (dystocie), césarienne, autres urgences obstétricales, urgences néonatales, CPON.

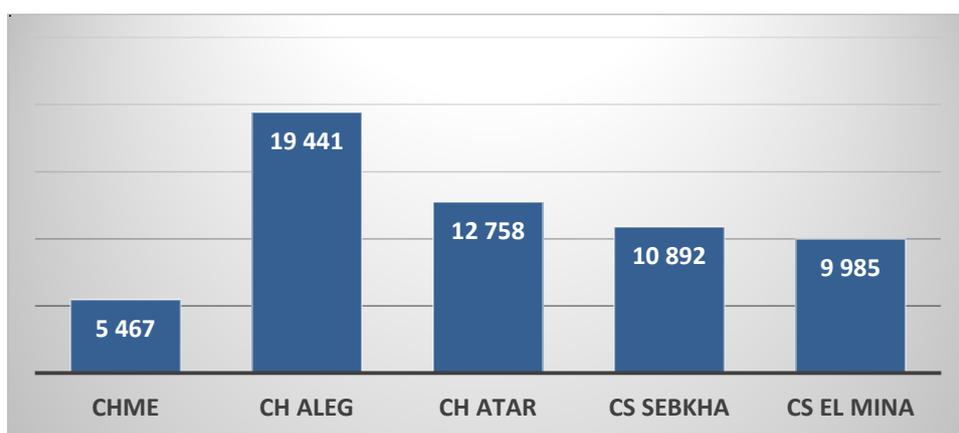
4.3.1.1 La Prise en Charge Prénatale

La PEC prénatale recouvre quatre prestations de base : la consultation prénatale (CPN), les examens de laboratoire, l'échographie et la consultation gynécologique.

On constate des variations considérables dans les coûts directs des prestations individuelles de ce paquet d'activités d'une structure à l'autre, comme le montre la figure suivante. Ceci concerne surtout les consultations (CNP et avec le gynécologue).

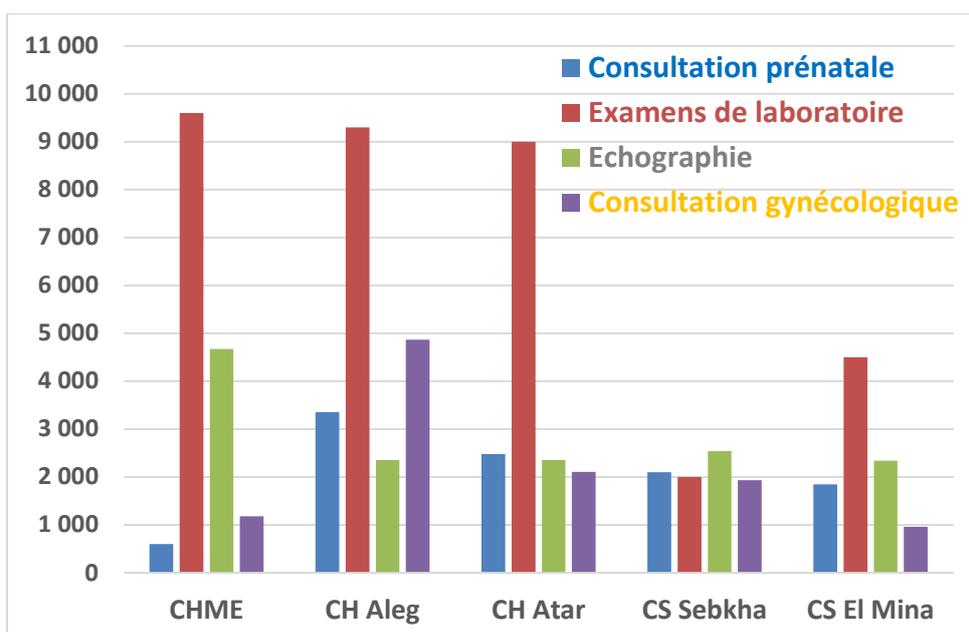
Figure 15. Coût (calcul coûts directs) (Ouguiyas) des prestations de la PEC Prénatale

Ainsi, lorsque l'on établit le coût total de la PEC on aboutit (figure suivante) à des écarts de coûts allant du simple (6.471 Oug. au CHME) à près du quadruple (23.140 Oug. au CH d'Aleg). Ce calcul inclut en standard 4 CPN et 0,2 consultation gynécologique. Ce dernier chiffre, dans la réalité, varie de 0,133 par accouchement à El Mina à 0,377 au CHME, mais, de façon inexplicable, monte jusqu'à 5,5 à Aleg. Si les CS sont moins onéreux que les CH, ce qui est attendu, en revanche il est beaucoup moins intuitif de constater que le coût de la PEC prénatale au CHME est très inférieur à celui estimé dans les autres FOSA de l'échantillon, toutes de niveau inférieur.

Figure 16. Coût unitaire total (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la PEC prénatale de base

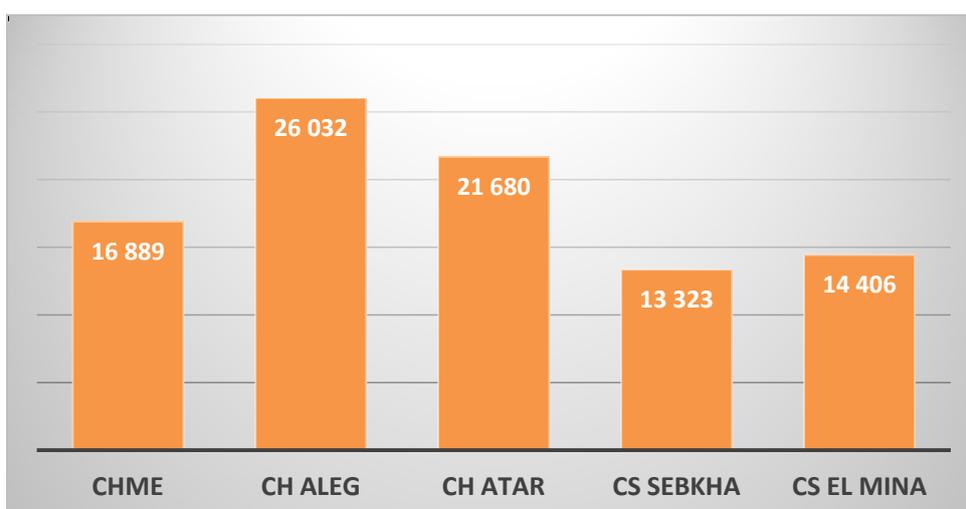
En appliquant les tarifs de consultation et d'acte à la place des coûts directs de personnel, on aboutit à des coûts dont le profil global demeure assez similaire, mais qui doublent, en gros, les coûts d'examen et augmentent également notablement les coûts de l'échographie. On notera que le tarif des examens prénataux à Sebka est de 4.500 Ouguiyas, alors qu'il est de 9.000 Ouguiyas à El Mina (et à ce niveau ailleurs aussi), alors que le CS d'El Mina est rattaché à celui de Sebka. Les deux CS disposent chacun d'un technicien de laboratoire.

Figure 17. Coût unitaire (base = tarifs) (Ouguiyas) des prestations liées à la PEC Prénatale



Globalement, les écarts de coûts de la PEC prénatale restent importants entre FOSA avec l'application des tarifs, mais ils sont beaucoup moins prononcés et plus conformes aux niveaux des structures. Ainsi, le coût total (comptant 4 CPN et 0,2 consultation gynécologique en standard) au CHME, qui n'était que de 5.467 Ouguiyas en coûts directs, devient 16.889 Oug. en utilisant les tarifs de consultation et d'actes. Avec cette méthode le coût de la PEC dans les CS devient inférieur – ce qui était attendu – à ce qui est enregistré dans les autres FOSA, qui sont de niveau supérieur. Le CH d'Aleg demeure le plus onéreux (26.032 Ouguiyas). Le CS de Sebka a un coût de 13.323 Oug., inférieur à celui enregistré à El Mina du fait, en particulier, d'un tarif d'examen inférieur de 2.500 Oug. (2.000 contre 4.500).

Figure 18. Coût unitaire total (base = tarifs) (Ouguiyas) de la PEC prénatale de base

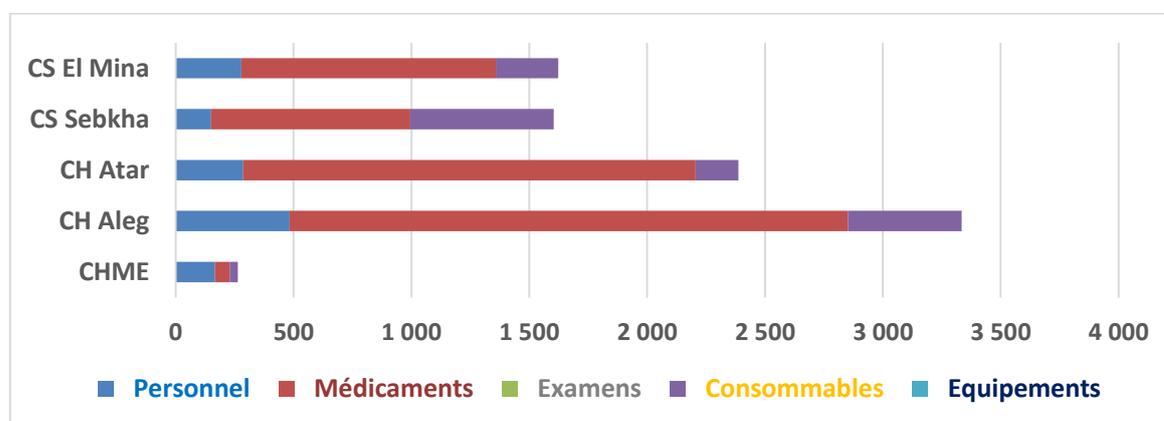


Les écarts considérables entre FOSA relevés dans les coûts directs de la PEC prénatale s'expliquent principalement par des coûts de prescriptions de médicaments et l'usage de consommables médicaux lors des consultations. Dans

le cas de la CPN par exemple, comme l'illustre le graphique 3, ceux-ci sont quasiment inexistants au CHME, alors qu'ils s'établissent, partout ailleurs, à des niveaux très significatifs, un peu inférieurs à 1.500 Ouguiyas dans les deux CS, 2.100 au CH d'Atar et jusqu'à près de 2.850 Oug. au CH d'Aleg. Si comme indiqué plus haut, il est difficile de vérifier ces montants par l'observation et la consultation des registres et livres de comptes, il n'en demeure pas moins que la CPN est manifestement l'occasion de facturations élevées de consommables et médicaments. A Aleg, les médicaments et autres produits pharmaceutiques incluent du fer, de la Nystanine (en pommade), du Dermabactrim, du Spasfon et du Fansidar, pour un total de 2.369 Ouguiyas. Les fournitures et consommables médicaux incluent, entre autres, un carnet de santé, une sonde BT et des gants non stériles, pour un total de 482 Ouguiyas. Le coût de ces intrants semble excessif par rapport à ce qui est pratiqué dans les autres FOSA de l'échantillon.

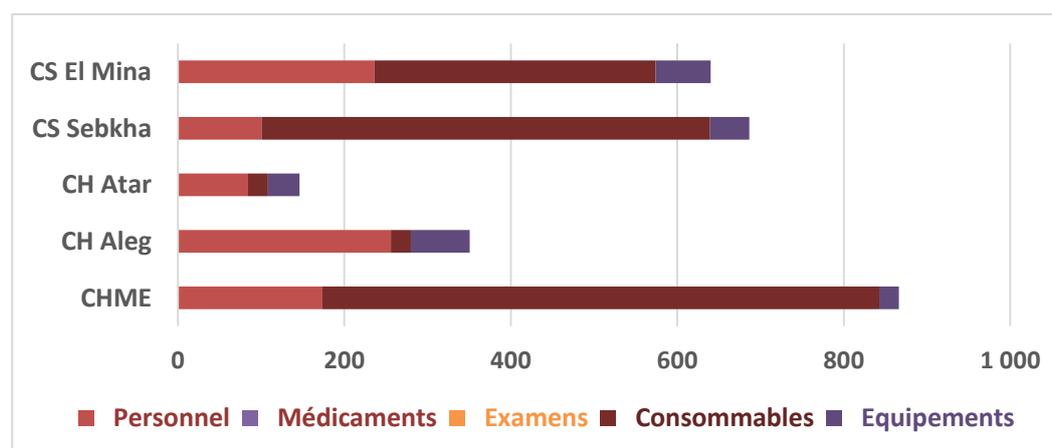
Tous les détails de ces coûts sont présentés dans l'Annexe 3.

Figure 19. Détails des coûts de la CPN (Ouguiyas).



Alors que la CPN a un coût très inférieur au CHME par rapport aux autres FOSA, c'est l'inverse pour l'échographie.

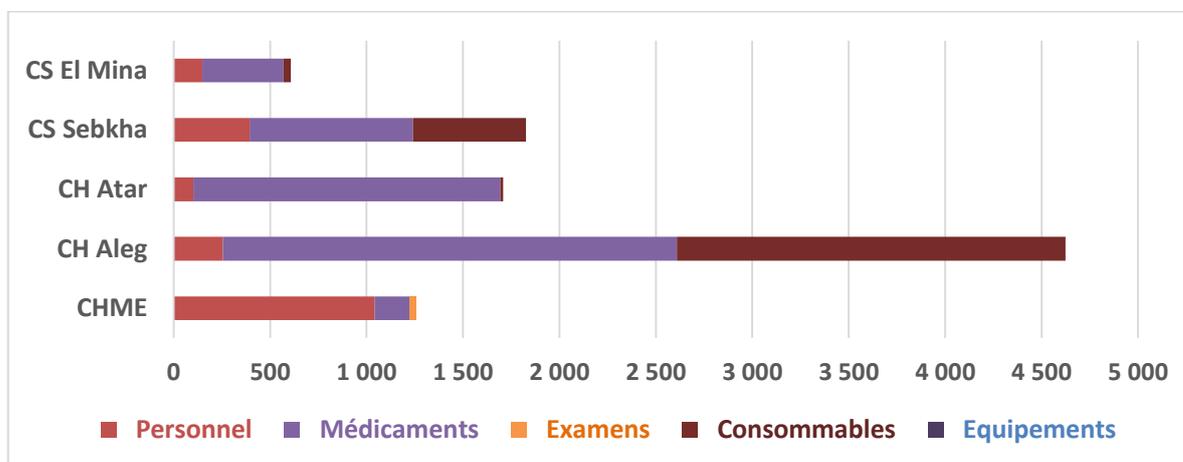
Figure 20. Détails des coûts de l'échographie (Ouguiyas)



De façon assez étonnante, également, le coût de la consultation gynécologique est beaucoup plus élevé au CH d'Aleg qu'ailleurs, alors qu'il ne s'y trouve pas de gynécologue (la consultation est assurée par une sage-femme). Ceci provient du fait que des prescriptions et consommations diverses y sont appliquées (4.368 Oug. au total). Les mêmes remarques que celles faites pour le coût de la CPN au

CH d'Aleg semblent donc s'appliquer pour la consultation gynécologique. Au CHME, où 5 gynécologues officient (pour 3,4 personnes en équivalent-temps-plein ou ETP), le coût du personnel est notablement plus élevé qu'ailleurs, ce qui peut se comprendre. Par contre on n'y enregistre quasiment pas de consommations.

Figure 21. Détails des coûts de la consultation gynécologique (Ouguiyas)



4.3.1.2 Complications de la grossesse

Les complications de la grossesse retenues sont l'Hypertension Artérielle (HTA), l'infection urinaire, l'hémorragie et la Grossesse Extra-Utérine (GEU).

Figure 22. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la PEC des pathologies liées à la grossesse

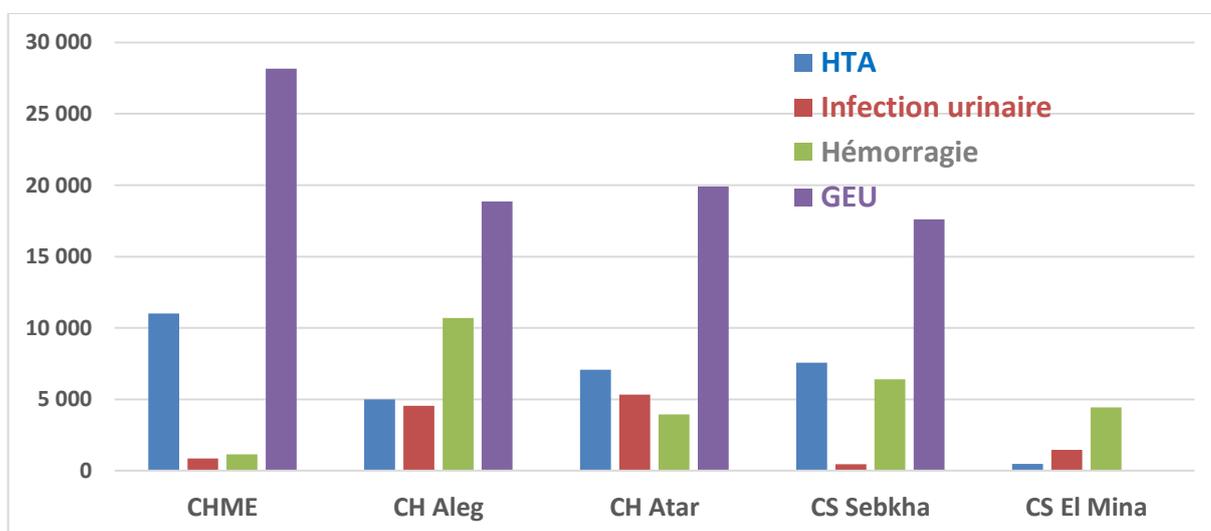
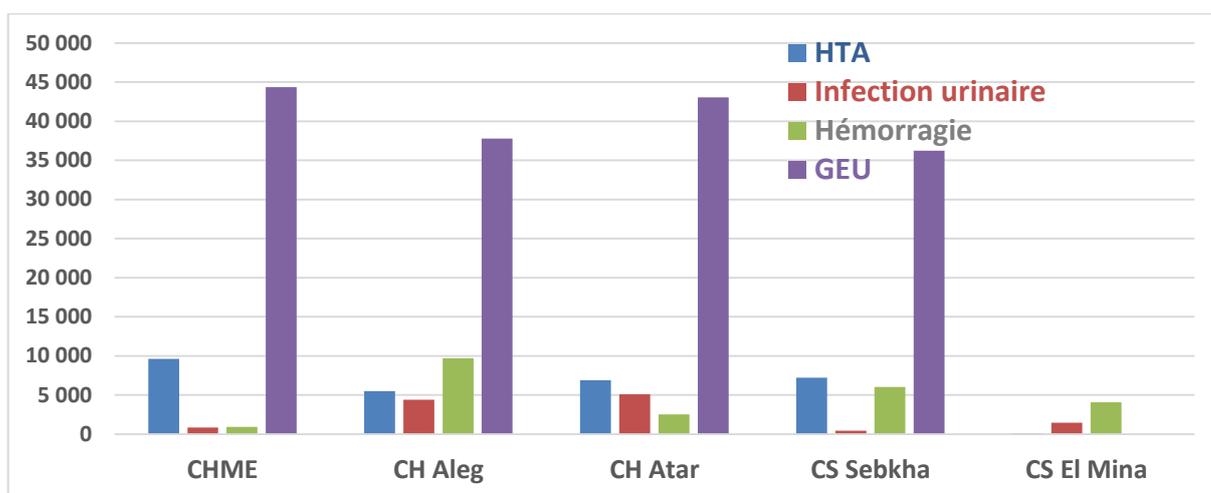


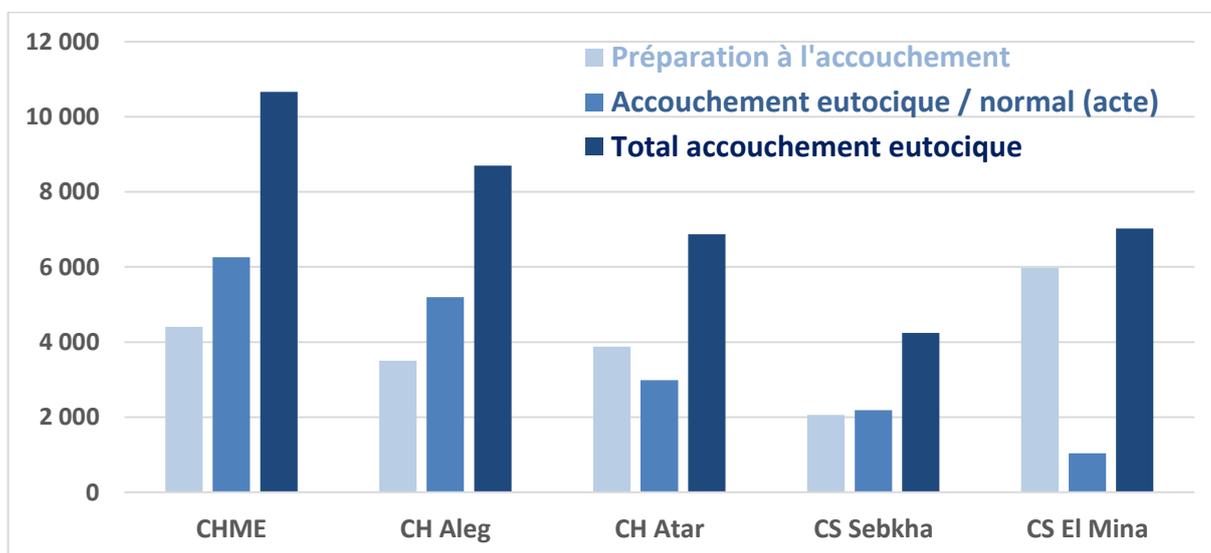
Figure 23. Coûts unitaires (base = tarifs) de la PEC des pathologies liées à la grossesse



4.3.1.3 L'accouchement

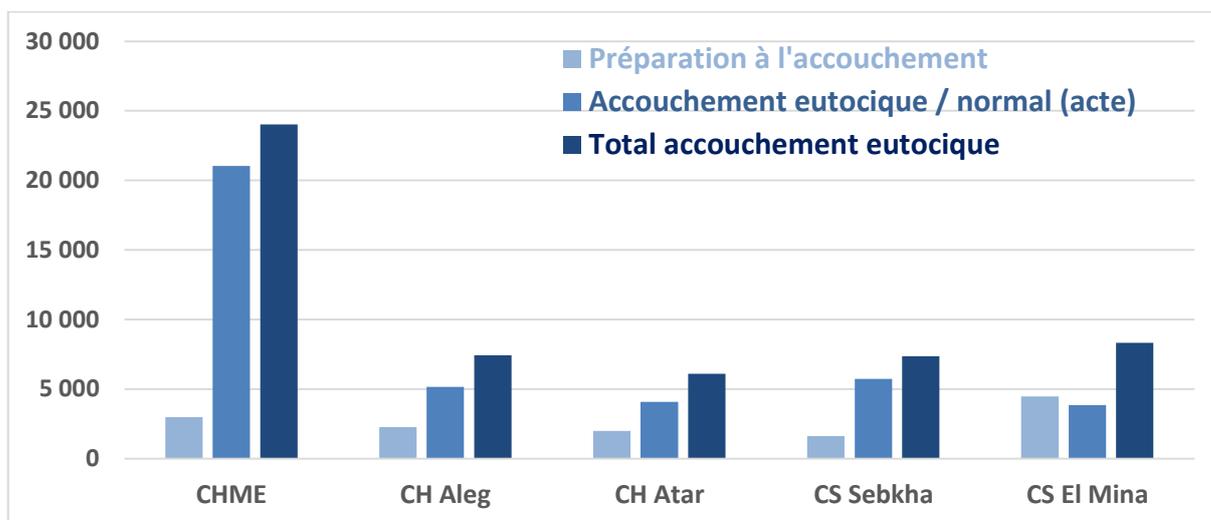
L'accouchement a été scindé en accouchement eutocique et dystocique, avec un détail de la PEC de la dystocie selon les protocoles utilisés (épisiotomie, forceps, ventouse). En outre, d'un point de vue de l'identification des coûts, le protocole d'accouchement a été également scindé en deux prestations : la préparation et l'acte d'accouchement proprement dit. La hiérarchie des niveaux de FOSA est respectée, avec, cependant, un coût nettement supérieur à El Mina par rapport à ce qui est estimé pour Sebkhah.

Figure 24. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) liés à la PEC de l'Accouchement Eutocique



En revanche, les écarts s'accroissent très nettement, entre le CHME et les autres FOSA, lorsque l'on applique les tarifs d'acte. Le coût total de l'accouchement eutocique y atteint ainsi 24.024 Ouguiyas, contre 7.439 à Aleg et 7.374 à Sebkhah, par exemple.

Figure 25. Coûts unitaires (base = tarifs) (Ouguiyas) liés à la PEC de l'Accouchement Eutocique



Les coûts supplémentaires occasionnés par la dystocie et sa PEC sont présentés dans la figure suivante.

Figure 26. Coût unitaire (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de l'Accouchement Dystocique

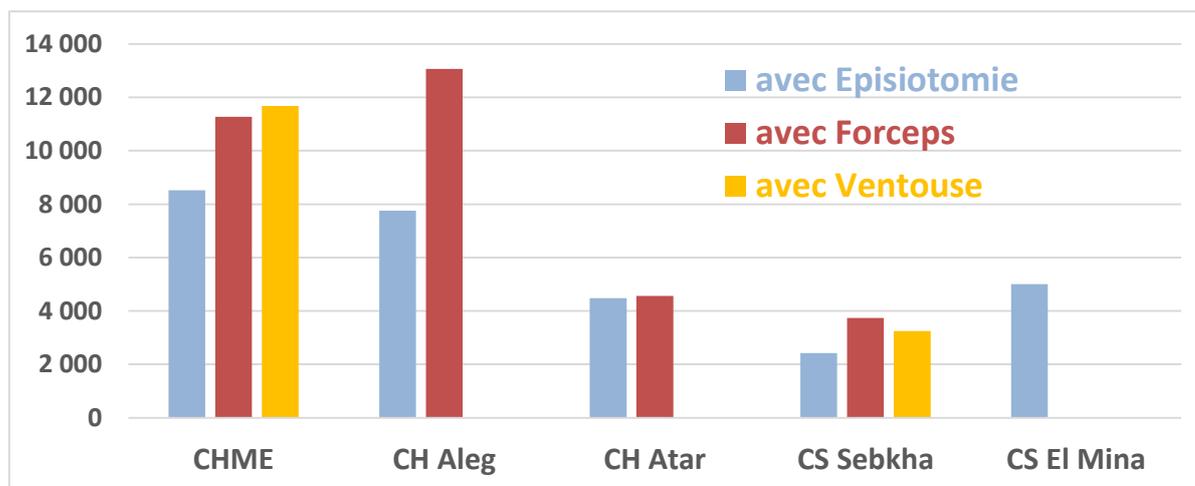
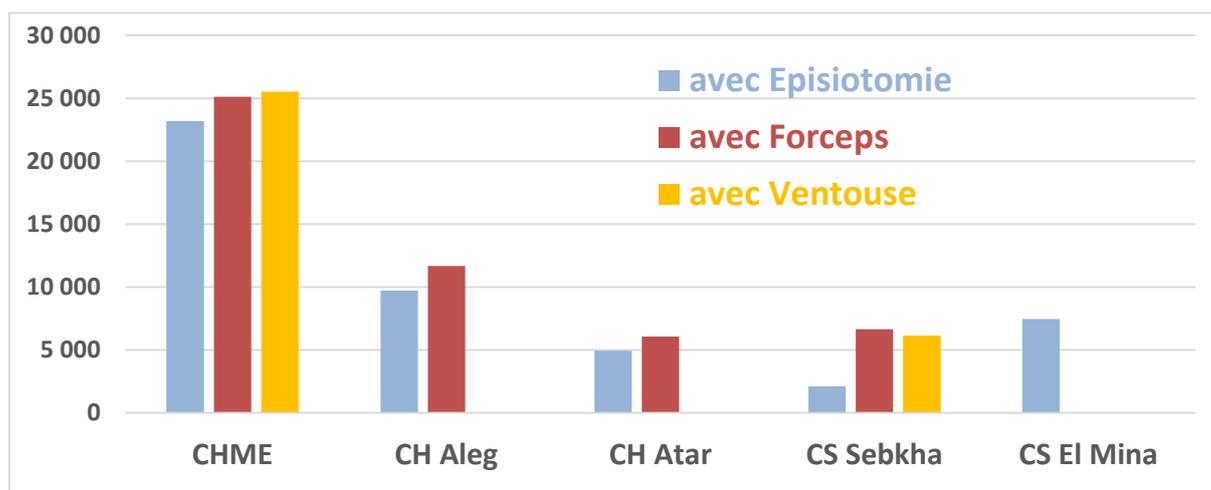


Figure 27. Coût unitaire (base = tarifs) (Ouguiyas) de l'Accouchement Dystocique

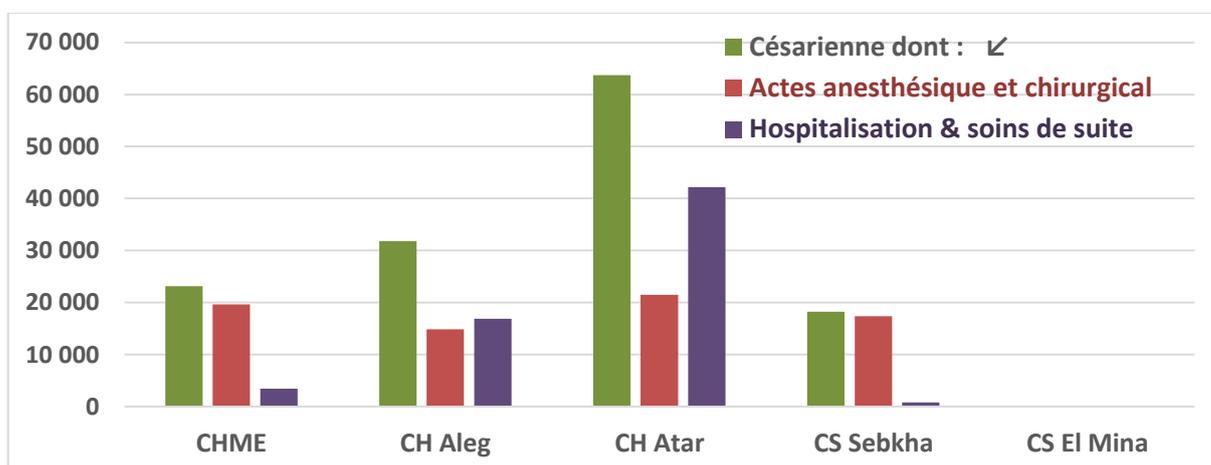


4.3.1.4 Coût des urgences obstétricales liées à l'accouchement

Dans l'analyse des prestations, la césarienne a été scindée en deux : l'acte chirurgical et anesthésique proprement dit, et les soins de suite (hospitalisation). Cette dernière dure en principe de 2 à 3 jours selon les FOSA (2 jours à Sebka et Aleg, 3 jours au CHME). Là où aucune indication n'a été fournie, trois jours ont été appliqués.

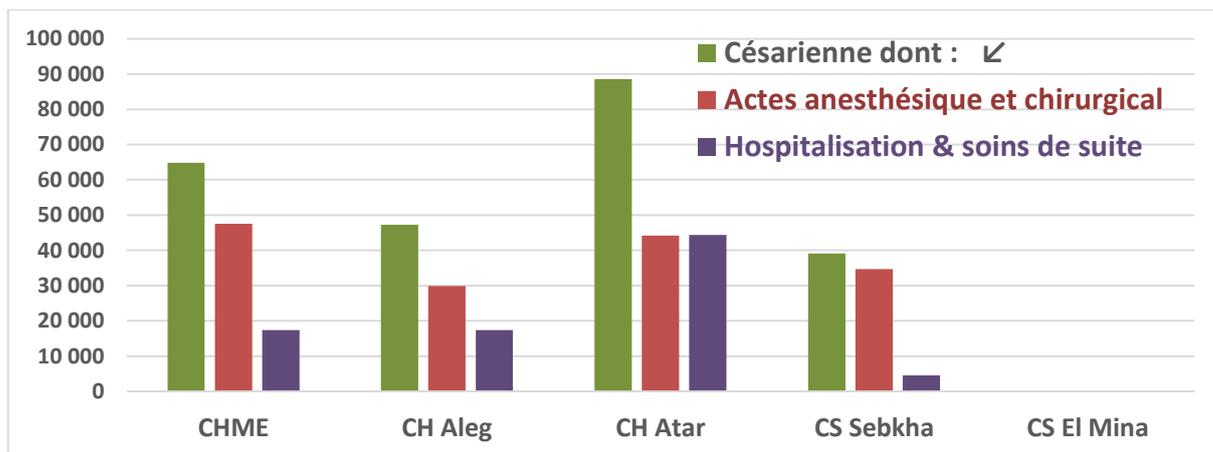
On observe des variations très prononcées dans les coûts directs indiqués par les FOSA de la césarienne. Si elle atteint pratiquement 64.000 Ouguiyas au CH d'Atar, en revanche, elle ne reviendrait qu'à, en arrondi, 23.000 Oug. au CHME, 32.000 Oug. au CH d'Aleg et 18.000 au CS de Sebka.

Figure 28. Coût unitaire (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la Césarienne



Lorsqu'on introduit les tarifications d'actes et de consultations, le coût de la césarienne augmente très significativement par rapport au calcul en coûts directs. La prestation dépasse 47.000 Ouguiyas dans les 4 FOSA qui l'offrent, et atteint même près de 90.000 Ouguiyas au CH d'Atar.

Figure 29. Coût unitaire (base = tarifs) (Ouguiyas) de la Césarienne



Les deux graphiques suivants montrent que si les coûts directs liés aux actes chirurgicaux et anesthésiques de la césarienne ne présentent pas de fortes variations, en global, d'une FOSA à l'autre (mais avec des différences fortes entre composantes du coût), en revanche, la différence se fait sur les soins de suite. Ils sont très faibles à Sebka (de l'ordre de 850 Ouguiyas au total), et très modérés au CHME (à peine 3.500 Oug.). Par contre ils avoisinent 17.000 et 42.000 dans les CH d'Aleg et d'Atar respectivement. Ce sont tant les charges de personnel que les prescriptions et consommations qui expliquent ces écarts très prononcés.

Figure 30. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) des actes liés à la césarienne

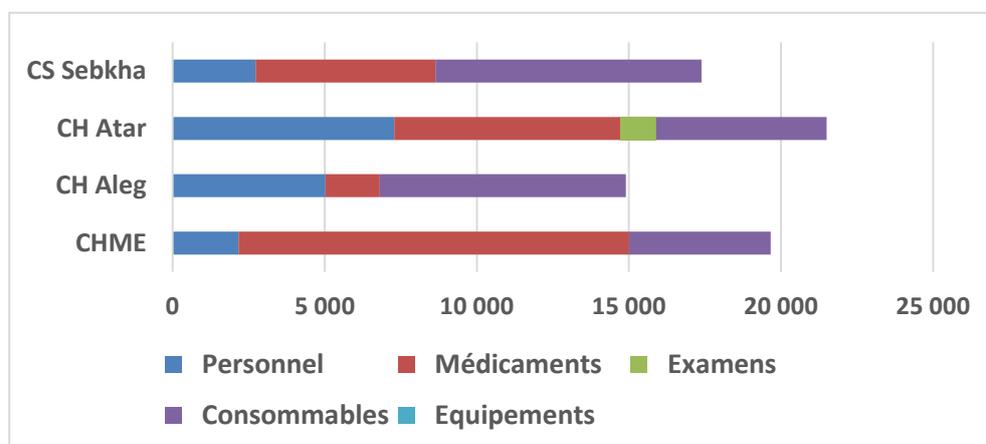
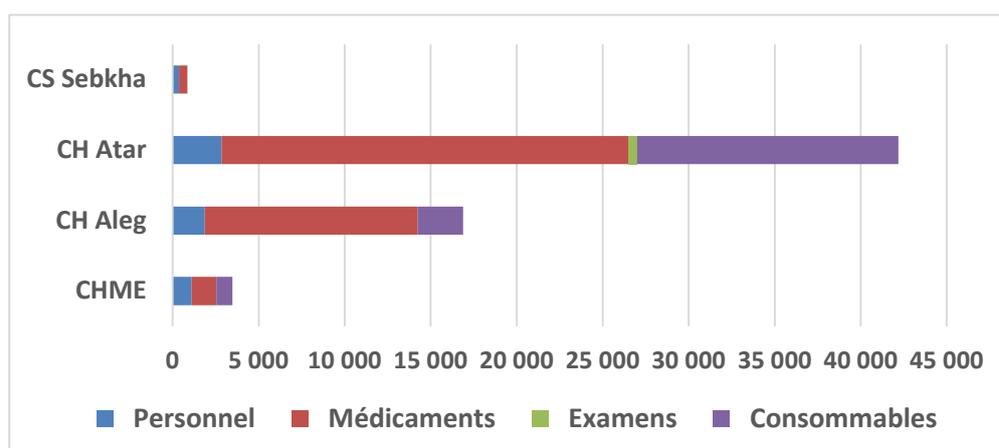
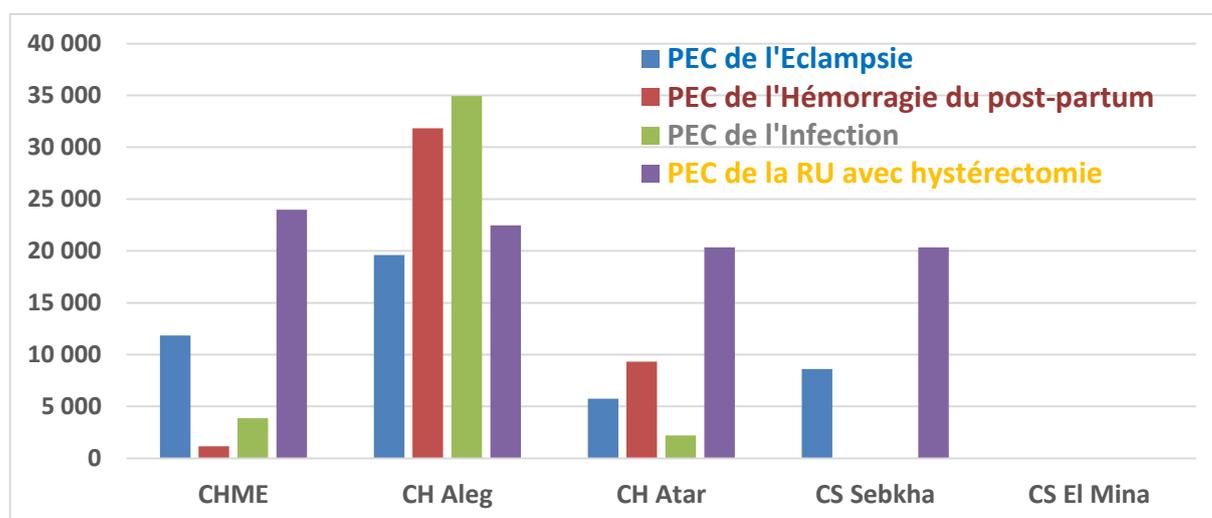


Figure 31. Coûts unitaires (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de l'hospitalisation et soins de suite de la césarienne



Les autres urgences obstétricales incluses au calcul des prestations comprennent la PEC de l'éclampsie, de l'hémorragie du post-partum, de l'infection et de rupture utérine donnant lieu à une hystérectomie. Ces prestations sont essentiellement disponibles dans les hôpitaux, mais des coûts ont été indiqués au CS de Sebkhah pour l'éclampsie (mais aucun cas en 2015) et pour l'hystérectomie sur rupture utérine (1 cas).

Figure 32. Coût unitaire (calcul coûts directs) (Ouguiyas) de la PEC des autres Urgences Obstétricales liées à l'accouchement

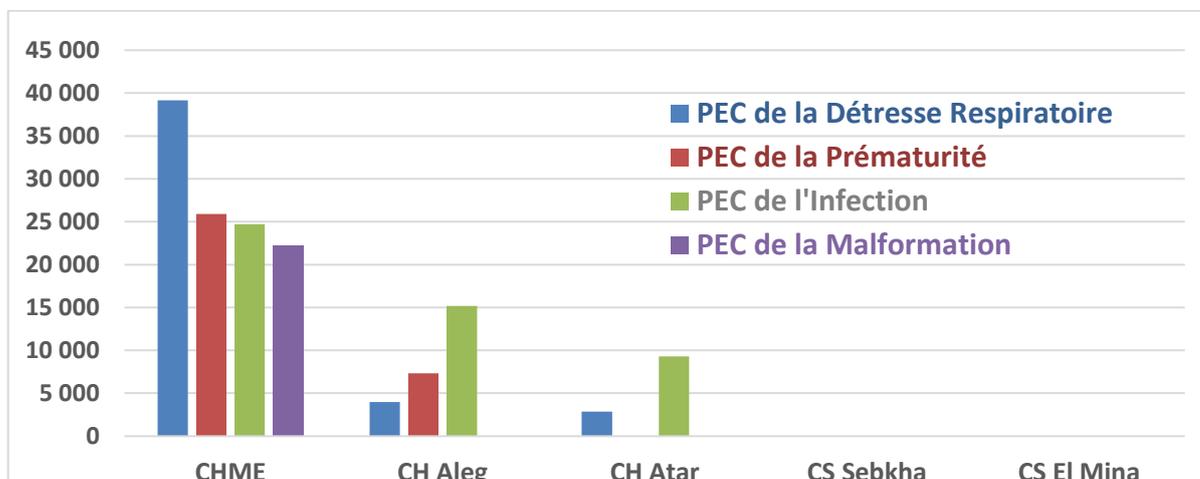


4.3.1.5 Coût des urgences néonatales

On rappellera que les urgences néonatales ne sont pas comprises dans le paquet d'activités couvert par le Forfait Obstétrical. Ces prestations ont néanmoins été incluses à l'étude de coûts pour le cas où elles le seraient dans des scénarios de couverture plus étendue. De nombreux arguments militent en faveur de cette inclusion, dont le fait que, si l'on considère les soins de base prodigués au nouveau-né sain comme faisant partie, implicitement, de la prestation globale, il est moralement difficile d'envisager de ne pas assurer des soins en cas de complications juste au moment de la naissance (dont la naissance prématurée, la détresse respiratoire ou asphyxie, ou l'infection, pour ne citer que les plus fréquentes).

Pour les cas de prématurité, selon les informations recueillies auprès des personnels de santé, il faut compter 7 jours de couveuse au CHME et 2 jours de table chauffante à Aleg.

Figure 33. Coûts unitaires (base = tarifs) de la PEC des urgences néonatales



4.3.2 Estimation du coût du paquet « Forfait Obstétrical »

Pour l'estimation du coût réel du paquet d'interventions incluses au Forfait Obstétrical, quatre calculs ont été menés : pour chacun des deux types de calcul de coûts présentés précédemment, et en différenciant entre les volumes de prestations couvertes par le forfait tels que constaté dans les FOSA, et selon un volume « standard » (tel que prévu dans les calculs originels du Forfait – 4 CPN par exemple), qui tient compte d'hypothèses que l'on peut faire varier. Par exemple, au CH d'Aleg, aucune infection urinaire n'avait été prise en charge parmi les pathologies liées à la grossesse. Donc sa part dans le coût pondéré du FO, calculé sur la base de l'activité constatée, est « 0 ». Mais la probabilité que des cas apparaissent n'étant pas nulle en réalité, un pourcentage standard est appliqué (à 2% dans la simulation menée). Ceci induit un coût supplémentaire pour le FO de 88 Oug. pour les seules prescriptions et consommations, du fait que leur coût pour la PEC d'une infection urinaire est estimé à 4.385 Oug (2% de 4.385 = 87,7). Du fait de l'absence de prise en charge d'infections urinaires en 2015, les personnels n'ont pu indiquer le temps nécessaire pour le faire. Cependant, dans l'hypothèse où des PEC se produisent un coût du personnel devrait aussi être comptabilisé, pour le calcul en coût direct, tandis qu'un tarif de cette PEC devrait aussi être indiqué dans le calcul reprenant les tarifications. Une estimation a été effectuée sur la base de prestations proches en nature.

Le coût (ou « prix ») du FO pondère donc les coûts unitaires des prestations, qui sont sommés, en fonction de la fréquence d'apparition constatée ou estimée « standard » (simulation), ou selon la répartition originellement utilisée pour le calcul du FO (en 2001).

Tableau 10. Coûts du paquet d'activité gynéco-obstétricales dans les FOSA de l'échantillon

Sur la base du périmètre constaté du FO (prestations incluses actuellement)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	17 829	31 367	18 480	10 761	12 909
selon volumes simulés	18 463	23 386	20 162	12 992	13 726
selon volumes initiaux (2001)	17 667	23 780	19 504	12 483	13 734
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	42 170	47 149	31 429	17 046	16 721
selon volumes simulés	45 668	29 905	30 487	19 826	19 259
selon volumes initiaux (2001)	44 228	30 037	28 788	18 850	18 972
(*) si le FO était en vigueur dans ces FOSA et au tarif en vigueur actuellement.					
Sur la base de l'ensemble des prestations identifiées et valorisées					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	19 659	58 467	19 182	11 152	12 994
selon volumes simulés	21 114	28 323	22 021	14 818	14 350
selon volumes initiaux (2001)	17 667	23 780	19 504	12 483	13 734
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	44 295	75 399	32 195	17 459	16 866
selon volumes simulés	48 490	35 029	32 712	21 758	20 292
selon volumes initiaux (2001)	44 228	30 037	28 788	18 850	18 972
(*) si le FO était en vigueur dans ces FOSA et au tarif en vigueur actuellement.					

Les prestations incluses dans la seconde partie des tableaux commentés, où se trouve « l'ensemble des prestations identifiées et valorisées », on trouve donc les prestations incluses au FO (hors avortement), ainsi que les consultations gynécologiques et la prise en charge des urgences obstétricales (éclampsie, hémorragie, infection, hystérectomie) et néonatales (détresse respiratoire, infection, prématurité, malformations).

Au coût du paquet d'activité gynéco-obstétricales a été ajouté un pourcentage correspondant à la part de la recette du FO qui revient à la gestion du dispositif et à d'autres postes comme la constitution d'un fonds de réserve. Le constat de la pratique actuelle (dans les CS de Nouakchott et à Aleg) est un pourcentage de l'ordre de 10%. C'est ce pourcentage qui est appliqué ici. Ainsi il est possible de comparer ce coût « FO » du paquet d'activités gynéco-obstétricales fourni par les FOSA avec le « prix » pratiqué pour le FO.

Il résulte de ces estimations les coûts du FO présentés dans le tableau suivant.

Tableau 11. Synthèse du coût ou « prix » du Forfait Obstétrical.

Sur la base du périmètre constaté du FO (prestations incluses actuellement)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebka	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	19 810	34 852	20 534	11 957	14 343
selon volumes simulés	20 514	25 984	22 402	14 435	15 251
selon volumes initiaux (2001)	19 631	26 422	21 671	13 871	15 260
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	46 855	52 388	34 921	18 940	18 579
selon volumes simulés	50 742	33 228	33 875	22 029	21 399
selon volumes initiaux (2001)	49 142	33 374	31 987	20 944	21 079
Tarif actuel du Forfait Obstétrical	6 500 (*)	5 500	5 500 (*)	6 500	6 500
(*) si le FO était en vigueur dans ces FOSA et au tarif en vigueur actuellement.					
Sur la base de l'ensemble des prestations identifiées et valorisées					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebka	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	21 843	64 963	21 313	12 391	14 438
selon volumes simulés	23 460	31 470	24 468	16 464	15 945
selon volumes initiaux (2001)	19 631	26 422	21 671	13 871	15 260
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	49 216	83 776	35 772	19 399	18 740
selon volumes simulés	53 878	38 921	36 347	24 176	22 547
selon volumes initiaux (2001)	49 142	33 374	31 987	20 944	21 079
Tarif actuel du Forfait Obstétrical	6 500 (*)	5 500	5 500 (*)	6 500	6 500
(*) si le FO était en vigueur dans ces FOSA et au tarif en vigueur actuellement.					

Pour rappel, le « prix » du Forfait est à l'heure actuelle de 6.500 Ouguiyas à Nouakchott et Nouadhibou et de 5.500 Ouguiyas ailleurs. Ces tarifs ont été établis en 2002 pour Nouakchott, puis 2005 lorsque le FO a commencé d'être implanté ailleurs, sur la base de calculs initiaux qui avaient proposé un tarif unique à 5.000 Oug. Or, depuis, les prix et la structure des coûts des prestations de santé ont beaucoup évolué. Si l'on regarde ceci depuis un point de vue macro, on s'aperçoit que le PIB a augmenté, en moyenne annuelle de 5,28%, tandis que le déflateur de PIB (équivalent à la mesure d'inflation pour les facteurs de production) a été de 7,78% en moyenne annuelle. Autrement dit, si l'on compose les évolutions enregistrées année après année, on a un indice d'inflation macroéconomique de l'ordre de 138% entre 2002 et 2014, soit une multiplication des prix par 2,4 durant ce laps de 13 ans. Le déflateur de PIB est une meilleure mesure de l'« inflation » dans un secteur comme celui de la santé car il inclut toutes les composantes de la valeur ajoutée, dont les salaires. Donc, on peut l'appliquer au coût estimé du FO tel que calculé en 2001 puis réactualisé en 2002. Ceci amènerait donc à un coût de l'ordre de 15.500 et 13.100 Ouguiyas respectivement (voir ci-dessous).

Tableau 12. Tarification du FO actuel et actualisé

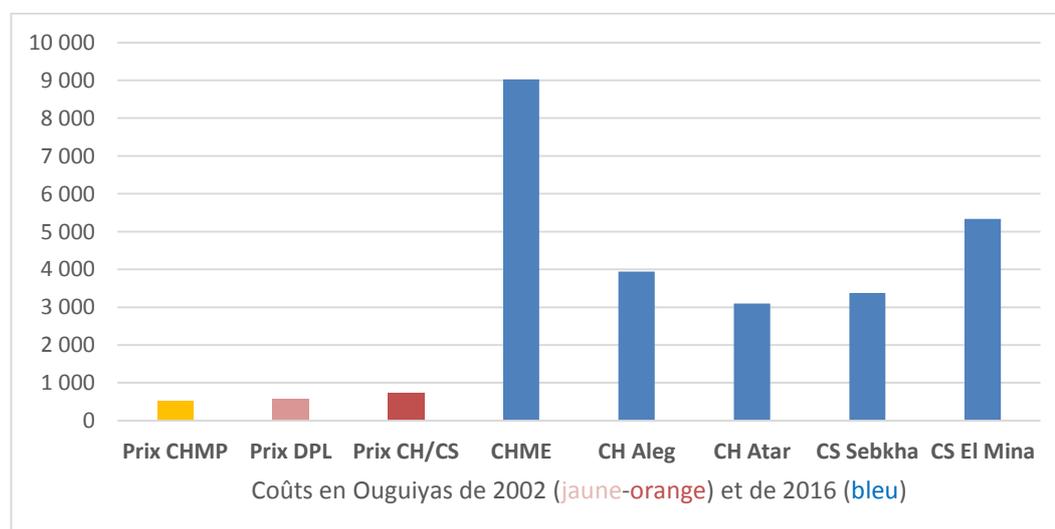
Tarifs du FO en Ouguiyas	A Nktt et Nouadhibou	Reste du pays
tarif / coût appliqué pour le FO (2002)	6 500	5 500
actualisé par le déflateur de PIB (2014)	15 479	13 098
Ecart :	8 979	7 598

Assurément, depuis 2002, le coût réel des facteurs de production a évidemment fortement évolué. Si l'on prend les salaires ou les consommables, c'est une évidence. Dans le cas des consommables (voir tableau ci-dessous), on le voit, par exemple avec le cas de l'accouchement. Le coût des consommations prévu dans les calculs originaux du Forfait faisaient état de montants compris entre 512 et 722 Ouguiyas pour un accouchement eutocique, alors qu'il dépasse désormais 3.000 Ouguiyas (2016) dans les cinq FOSA de l'échantillon.

Tableau 13. Comparaison des coûts des consommations entre 2002 et 2016

	Coûts originels (2002)			Coûts constatés (2016)				
	Prix CHMP	Prix DPL	Prix CH/CS	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkhha	CS El Mina
CPN	355	358	410	96	2 851	1 976	1 599	1 344
Accouch.t eutocique	512	585	722	9 024	3 939	3 098	3 374	5 338
Accouch.t dirigé	948	1 152	1 451	13 096	13 949	5 069	4 273	
Césarienne	8 361	12 009	16 333	19 868	24 903	51 943	15 149	
CPON	61	64	116	194		1 881	1 258	99

Figure 34. Coûts des consommables de l'accouchement eutocique (2002 - 2016)



Note : DPL = Direction de la Pharmacie et des Laboratoire (MS).

On notera aussi que, parallèlement au « prix » du forfait qui est resté stable depuis les débuts de sa mise en œuvre, les tarifs des hôpitaux, selon l'information recueillie auprès des FOSA de l'échantillon, n'ont pas, non plus, fait l'objet d'une révision générale depuis 2002. Cependant, les Conseils d'Administration des hôpitaux décident parfois d'augmenter les tarifs de certaines prestations. Par exemple, le CHME a récemment augmenté le prix de la consultation des spécialistes de 500 à 1.000 Ouguiyas. Ce sont des actions ponctuelles et sporadiques, elles n'ont pas été éclairées par des études et ne sont pas généralisées. Mais elles peuvent amener à des différentiels importants entre établissements, comme on le voit avec les examens ou l'accouchement par exemple.

Si l'on mesure l'écart entre les coûts calculés – selon les différents scénaris (tableau ci-dessous) – et le prix ou tarif actuel du FO, ou par rapport à ce prix une fois corrigé du déflateur de PIB, on s'aperçoit que partout le coût calculé du paquet d'activité gynéco-obstétrical au périmètre FO, augmenté des autres coûts couverts par les recettes, excède le tarif, sauf à Sebkhha et à El Mina en cas de correction du

prix par le déflateur et en appliquant le coût utilisant les charges directes. Si on applique les coûts reprenant les tarifs des prestations on aboutit à un écart toujours en défaveur du prix du FO.

Tableau 14. Ecart entre les coûts calculés du FO (paquet actuellement délivré) et son tarif actuel ou ajusté

Ecart entre coûts du FO et prix actuel du FO (sur la base des prestations incluses actuellement)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkha	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	13 310	29 352	15 034	5 457	7 843
selon volumes simulés	14 014	20 484	16 902	7 935	8 751
selon volumes initiaux (2001)	13 131	20 922	16 171	7 371	8 760
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	40 355	46 888	29 421	12 440	12 079
selon volumes simulés	44 242	27 728	28 375	15 529	14 899
selon volumes initiaux (2001)	42 642	27 874	26 487	14 444	14 579
Ecart si on applique le prix actualisé (corrige du déflateur de PIB) (prestations incluses actuellement)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkha	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	4 331	21 755	7 436	-3 522	-1 136
selon volumes simulés	5 035	12 887	9 304	-1 044	-228
selon volumes initiaux (2001)	4 151	13 324	8 573	-1 608	-219
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	31 376	39 290	21 823	3 461	3 100
selon volumes simulés	35 263	20 130	20 777	6 550	5 920
selon volumes initiaux (2001)	33 663	20 276	18 889	5 465	5 600

Cette comparaison ne rapproche pas ce que les FOSA touchent effectivement de la recette FO, mais elle permet de confronter, de façon au moins théorique, le « prix » du FO avec les coûts effectifs selon que l'on se trouve dans un environnement tel que prévu au départ (un réseau de CS urbains comme Sebkha et El Mina) ou un environnement hospitalier. Il est en effet très important de rappeler ici que le FO était originellement calculé pour un ensemble de Centres de Santé, avec le CS Sebkha au centre du dispositif, comme maternité de référence où des césariennes pouvaient être effectuées. La structure des coûts d'un hôpital est très différente et il est donc assez difficile de comparer les résultats et le « coût » du FO d'une FOSA à l'autre. Là où les hôpitaux sont impliqués, comme à Aleg par exemple, des clés de répartition du revenu du FO sont appliquées en fonction du volume d'activité. Mais les poids relatifs des prestations entre elles sont uniformes, qu'il s'agisse d'un CHR ou d'un CS. Ceci pose évidemment la question de la prise en compte de la réalité des structures de coûts des FOSA, dans leur diversité, et de la répartition des prestations du paquet d'activité que recouvre le FO. En effet, il paraît plus rationnel que les prestations « normales », en dehors des complications de la grossesse ou de l'accouchement, soient prises en charge au niveau des CS, tandis que les hôpitaux ne devraient s'occuper que de ces cas où des complications apparaissent. Mais ce n'est pas la réalité. Nombre de femmes préfèrent aller directement dans les hôpitaux, lorsqu'ils sont accessibles, où elles estiment que les services sont de meilleure qualité, ce que l'observation des conditions d'accueil des différentes FOSA permet de comprendre.

On voit bien, en définitive, que dans pratiquement tous les cas de figure ou presque la structure réelle des coûts excède assez largement le « prix » établi pour

le Forfait. Si l'on inclut, qui plus est, les prestations non comprises dans le périmètre actuel du Forfait mais qui le sont dans les calculs de coûts des prestations, on obtient, bien entendu, des écarts encore plus importants par rapport au prix, réel comme actualisé, du Forfait (tableau ci-dessous).

Tableau 15. Ecarts entre les coûts calculés du FO à périmètre élargi et son tarif actuel ou ajusté

Ecart entre coûts du FO et prix actuel du FO (toutes prestations incluses)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	15 343	59 463	15 813	5 891	7 938
selon volumes simulés	16 960	25 970	18 968	9 964	9 445
selon volumes initiaux (2001)	13 131	20 922	16 171	7 371	8 760
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	42 716	78 276	30 272	12 899	12 240
selon volumes simulés	47 378	33 421	30 847	17 676	16 047
selon volumes initiaux (2001)	42 642	27 874	26 487	14 444	14 579
Ecart si on applique le prix actualisé (corrigé du déflateur de PIB) (toutes prestations incluses)					
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina
Sur base coûts directs calculés :					
selon volumes d'activité constatés	6 364	51 865	8 216	-3 088	-1 042
selon volumes simulés	7 980	18 372	11 370	985	466
selon volumes initiaux (2001)	4 151	13 324	8 573	-1 608	-219
Sur base tarifs + consommations :					
selon volumes d'activité constatés	33 737	70 679	22 674	3 920	3 261
selon volumes simulés	38 399	25 823	23 249	8 696	7 068
selon volumes initiaux (2001)	33 663	20 276	18 889	5 465	5 600

4.3.3 Discussion

Les écarts importants constatés dans les comparaisons faites ci-avant tiennent à plusieurs facteurs : tout d'abord, le fait que le tarif du paquet n'a pas été révisé depuis sa mise en place, tandis que les coûts effectifs des prestations augmentaient, eux, très fortement. Mais ceci tient aussi au fait que le périmètre effectif et les consommations constatées (consultations, prescriptions et utilisations d'intrants) diffèrent significativement en volumes et coûts de ce qui avait été originellement envisagé pour le Forfait. Ainsi, dans le document originel du FO, seuls 3 CPN étaient prévues au lieu des 4 recommandées (et incluses au calcul simulé précédemment), un bilan biologique, un accouchement en milieu médicalisée quel que soit son mode, et une consultation postnatale.

Les examens biologiques compris dans la PEC prénatale du paquet d'activité inclus au calcul originel du FO comprenaient : hémoglobine, albuminurie (à chaque CPN) et glycosurie. BW et GS Rh en étaient exclus du fait que « *en cas de transfusion, le GS Rh est systématiquement refait* » et que d'autre part, le BW « *ne permet pas de dépister une syphilis évolutive et la syphilis congénitale n'a pas été observée à Nouakchott au cours des dix dernières années ce qui laisse à penser que la prévalence de la syphilis est très basse.* » Or, dans la pratique, on trouve le BW, mais aussi d'autres examens comme l'AgHbs (voir tableau ci-dessous) et même le VIH (à Aleg et Atar) alors que ce dernier test doit en principe être gratuit et pris en charge par le programme national de lutte contre le VIH/SIDA.

Tableau 16. Examens de laboratoire effectués au cours de la PEC prénatale dans les FOSA de l'échantillon

CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS EI Mina
NFS	NFS	Numération	Numération	NFS
Groupage	Groupage	Groupage	Groupage	Groupage
Glycémie	Glycémie	Albumine Sucre	Glycémie	Albumine Sucre
Albumine Sucre	Albumine Sucre	BW	BW	HBS
AGHBS	BW	AGHBS	Antigène HBS	BW
VIH	AGHBS	VIH	CREA	VIH
RPR	CREAT		Urée	
	Urée			
	VIH			

Source : Outils 2 de collecte des données (coûts des prestations)

Le calcul originel (2001) avait intégré une hypothèse de 18.000 accouchements pris en charge, annuellement, et une répartition des types de prise en charge de l'accouchement suivante :

- césariennes 5%
- forceps 5%
- accouchements dirigés 10%
- épisiotomies 10%
- accouchements à risque infectieux 5%
- accouchements eutociques 80%

Bien entendu, si l'on fait un calcul du « coût du forfait » par établissement (c'est à dire en fait un coût du paquet de prestations prises en charge par le FO), comme il est fait dans la partie 3.3.2, on introduit une distorsion notable par rapport à cette répartition initialement envisagée, puisqu'à chaque établissement, et particulièrement en fonction de son niveau, correspond une répartition particulière. Pour les CS de Nouakchott, qui étaient la base du calcul originel du FO, la répartition constatée est : 58,5-85,2% d'accouchements eutociques. Cependant, on constate un taux très élevé (vraisemblablement anormal) d'épisiotomies au CS Sebkh (28,1%). Ce taux est de 14,8% au CS EI Mina.

Tableau 17. Répartition des types d'accouchement (CS de Sebkh et EI Mina)

	Répartition originelle (estimation 2001)	Constat CS Sebkh (2015)	Constat CS EI Mina (2015)
Accouchement eutociques	80%	58,5%	85,2%
Forceps	5%	1,3%	n.a
Accouchements « dirigés »	10%	n.a	n.a
Avec épisiotomies	10%	28,1%	14,8%
PEC dystocies par autres méthodes	n.a	0,3% (ventouse)	-
Accouchements par césarienne	5%	10,6%	0%

Les coûts pris en charge par le FO étaient / sont encore, en principe, les consommations de produits pharmaceutiques et autres, et les indemnités versées au personnel impliqué dans les prestations gynéco-obstétricales. D'après les données de gestion du FO disponibles pour Nouakchott, le coût du gestionnaire est de 55.000 Oug. par mois à l'heure actuelle, contre 50.000 prévus lors des calculs faits en 2001 : une augmentation de seulement 10% en 15 ans, cela semble bien peu... Mais, outre les versements initialement prévus au personnel de soins, d'autres charges se sont ajoutées dont des primes versées au pharmacien et à un aide-gestionnaire, à l'anesthésiste, à un gardien, à un chauffeur, ainsi que des charges de fonctionnement (hors celles des FOSA), des frais financiers et exceptionnels, et l'abondement à un fonds pour les indigents (PEC des « cas sociaux »). Au total, ces divers versements complémentaires ont représenté 12,9% des dépenses associées au FO (et des recettes car les montants sont similaires). Si on ne tient pas compte des primes complémentaires versées aux autres personnels, le pourcentage est de 10,3%.

En revanche, à Aleg, les versements au gestionnaire du FO représentent un montant moyen de 82.059 Oug. par mois en 2015, soit un pourcentage de 4,9% du total des recettes. Si l'on inclut les versements au fonctionnement du Forfait, on aboutit à un pourcentage de 6,6% des recettes en 2015²⁰. A Aleg on ne trouve pas de lignes supplémentaires de dépenses hormis un « fonds de sécurité » (1,2%). Donc si on compare les périmètres comparables entre Aleg et Nouakchott, on compare, au mieux, 12,9% ou 10,3% avec un total de 7,8% à Aleg.

La recette nette (ou « bénéfice » comme libellé dans les documents originaux du Forfait) était ensuite divisée par le nombre d' « actes », c'est à dire en fait par un nombre pondéré, sachant qu'à chaque type d'acte était attribué un poids :

Afin de répartir le plus équitablement possible les indemnités au personnel, on attribue à chaque acte un coefficient comme suit : consultation prénatale et postnatale coeff 0.2, échographie coeff 0.3, accouchement coeff 1, journée d'hospitalisation coeff 0.2 ; ces coefficients permettent de calculer un nombre global d'actes obstétricaux puis de déterminer le montant des indemnités.

Ces indices ou poids relatifs ont été, à l'époque, « discutés avec les Sages-Femmes de Nouakchott et (...) un consensus a été adopté à partir d'un « temps moyen de travail » entre CPN et accouchement. »²¹. On notera à ce sujet que le calcul du coût du paquet d'activité « FO » dans la présente étude applique également une pondération sur la base des temps de travail (dans le calcul en coûts directs), ainsi qu'une pondération sur la base du volume d'activité constaté, dans l'un des calculs, l'autre employant une simulation de répartition standard de ce niveau d'activité.

Il conviendrait donc aujourd'hui de revoir ces indices de poids relatif, à la lumière des coûts calculés dans la présente étude. Le tableau ci-dessous présente une simulation de ces indices, pour un ensemble de prestations de base et de prises en charge de complications et d'urgences. Ces indices sont calculés en fonction des deux scénarios de coûts présentés plus haut : calculs en coûts directs, calculs sur la base des tarifs auxquels les coûts des médicaments et consommations sont ajoutés. La base de référence (indice = 1) est, par pure convention (on aurait pu prendre n'importe quelle prestation), l'accouchement eutocique. C'est également

²⁰ A noter que les formules de calcul du suivi d'Aleg sont faussées et que donc le suivi ne fournit pas les bons cumuls. Il a fallu les corriger pour établir les bons montants et pourcentages pour l'année 2015.

²¹ Communication de Philippe Renaudin du 13 mai 2016.

ce principe qui a été appliqué dans les documents originaux du FO, ce qui permet de faire des comparaisons. Bien évidemment, les écarts de coûts constatés pour une même prestation entre FOSA, apparaissent inchangés ici. Ils sont peut-être un peu plus faciles à appréhender dans un seul et même tableau. Par contre, les écarts entre les deux méthodes disparaissent puisqu'on rapporte les prestations aux coûts de l'accouchement eutocique tel que calculé dans chacune des deux.

Tableau 18. Calculs d'indice de poids relatifs des prestations gynéco-obstétriques

	Coûts calculés en coût directs					Coûts calculés sur base tarifs					Indices originaux
	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina	
CPN	0,02	0,38	0,35	0,38	0,21	0,02	0,45	0,43	0,26	0,20	0,20
Ensemble des examens	0,31	0,52	0,42	0,67	0,39	0,40	1,25	1,48	0,27	0,54	
Echographie	0,08	0,04	0,02	0,16	0,04	0,19	0,27	0,33	0,34	0,24	0,30
PEC HTA (y/c consult. gynéco)	1,15	1,11	1,28	2,21	0,15	0,45	1,40	1,47	1,24	0,13	
GEU	2,76	2,17	2,90	4,14	0,00	1,90	5,73	7,40	5,18	0,12	
Accouch.t eutocique (a)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Accouch.t dystocique (a) (b)	1,21	1,29	1,22	1,05	1,56	1,09	1,61	1,14	1,05	1,43	
Césarienne	2,17	3,65	9,28	4,29	0,00	2,70	6,36	14,52	5,31	0,00	1,00 (d)
Hystérectomie	2,25	3,37	2,96	4,79	0,00	3,00	3,56	8,04	6,81	0,00	
PEC urgences néonat. (c)	3,67	0,46	0,42	0,00	0,12	1,99	0,33	0,33	0,00	0,45	
CPON	0,03	0,00	0,30	0,33	0,07	0,03	0,00	0,39	0,24	0,07	0,20
Transport d'urgence	0,00	2,12	5,56	0,00	0,00	0,00	5,54	10,28	0,00	0,00	

(a) On prend ici comme référence la PEC de la HTA. Ceci comprend une consultation gynécologique.

(b) Par commodité (et parce qu'on le trouve dans les 5 FOSA) on prend ici l'accouchement avec épisiotomie comme base.

(c) Par commodité on inclut la détresse respiratoire, l'infection néonatale, la prématurité, la malformation ; le tarif CNAM appliqué se situe proche de la moyenne des tarifs existants pour les urgences néonatales.

(d) La césarienne n'apparaît pas comme prestation en tant que telle dans les indices, même si elle est prise en compte dans les coûts du paquet originel du FO (sans qu'on en ait l'explication). Mais il y a un indice de 0,2 pour la journée d'hospitalisation et une estimation est faite que les hospitalisations durent 5 jours en moyenne.

On voit que l'indice de la césarienne varie considérablement (de 2,17 à 9,28 dans le premier calcul, de 2,70 à 14,52 dans le second). De tels écarts de coûts sont-ils justifiés ? Ceci renvoie tant aux méthodes de calcul (mais elles sont homogènes entre FOSA) qu'au fait que les protocoles ne sont pas standardisés. Des erreurs ou approximations dans l'information sont également possibles. Le fait est, également, que les calculs menés ne reflètent pas les écarts importants d'infrastructure et de plateau technique. Il conviendrait alors de « corriger » ces indices pour mieux en tenir compte.

La prise en charge de la GEU présente également des écarts étonnants (beaucoup plus onéreuse au CS de Sebkh que dans les trois hôpitaux où les indices sont assez proches en coûts directs). Les cas de la CPN et de la CPON au CHME auraient demandé un approfondissement, mais comme il n'est pas suggéré par l'étude de les retenir comme activités « FO » au CHME, ceci n'est pas nécessaire dans le cadre présent.

Le choix de la référence (coûts directs ou bien tarifs augmentés) répond à deux logiques différentes. Dans un premier cas on tient strictement compte du contenu

technique des prestations, tel que traduit par ces coûts (les écarts de salaires pour une même catégorie de personnel sont suffisamment faibles entre FOSA pour ne pas distordre l'analyse). Dans l'autre cas, on tient davantage compte des objectifs de revenus et de financement des structures, ce qui est, pour les hôpitaux, qui sont en autonomie de gestion, une préoccupation légitime.

La fixation de nouveaux indices devrait assurément faire l'objet d'une discussion assez élargie, impliquant les responsables des FOSA, et, peut-être, diverses simulations.

Cette discussion devrait porter avant tout sur le périmètre des prestations incluses au forfait (PEC néonatale ou pas par exemple), puis sur le niveau des FOSA dans lesquelles elles doivent être prises en charge par le FO (voir discussion dans la partie 3.5 ci-après) pour une suggestion, puis, partant, devrait envisager la révision des indices de poids des prestations, sur la base, par exemple, de l'étude de coûts menée ici et des indices qui en résultent, fournis ci-avant..

4.4 Impact financier et de gestion du Forfait Obstétrical

4.4.1 Impact financier pour les FOSA du Forfait Obstétrical

On a constaté, dans la partie précédente, que le coût du paquet des prestations qui constituent le forfait excède largement les tarifs appliqués à l'heure actuelle pour le FO. A n'en pas douter, et surtout si l'on s'en tient à ce que les FOSA tarifient pour ces prestations (et qui constitue donc pour elles un revenu), on est très loin du compte, même si l'on ne s'en tient qu'aux seules tarifications des actes et consultations de base (hors prescriptions et consommations annexes). Ainsi, la somme des tarifications appliquées au paquet standard FO constitué de 4 CPN, 1 échographie, 1 ensemble d'examen de laboratoire de base en phase prénatale, un accouchement (ici eutocique) et une CPON se monte à 10.500 Ouguiyas au CS de Sebkh, la FOSA où ce montant est le plus faible des cinq de l'échantillon. A Aleg, ce montant atteint 16.800 Ouguiyas. Ceci est illustré par les calculs menés au point 6 (section 3.6).

Néanmoins, du fait que le prix du FO est précisément beaucoup moins onéreux que le tarif cumulé des prestations individuelles, même dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement normaux, sans complications, on peut supposer que le dispositif attire, en principe, davantage de femmes vers les structures sanitaires qu'en cas d'absence du FO – à condition qu'elles soient informées des différences de prix. D'ailleurs, l'implantation du dispositif s'accompagne de la mise à niveau du plateau technique (échographe en particulier) et de la fourniture d'un fond de roulement en produits pharmaceutiques. La qualité de l'offre est donc, au moins au début, améliorée, ce qui, couplé à l'abaissement théorique du coût des prestations pour les femmes enceintes et les parturientes – et si la communication est correctement faite – doit amener à un surplus de fréquentation. Or, l'étude d'impact (sur la période 2000-2011) n'a pas pu démontrer une augmentation globale significative de l'utilisation des services à la suite de la mise en œuvre du FO. L'évaluation rétrospective (2016) montre d'ailleurs que la proportion d'accouchements assistés dans les Moughataas depuis longtemps au forfait n'évolue que très lentement, et estime que le taux d'adhésion au FO est surestimé.

L'étude d'impact a, elle, démontré un déport de l'activité d'accouchement depuis l'hôpital vers les CS (surtout) et les PS.

Comme déjà signalé, le rapport de 2011 sur le projet d'appui au FO notait, effectivement, que lors de l'implantation du dispositif dans une nouvelle zone, on voyait l'activité globale augmenter, mais qu'ensuite il était difficile de maintenir les niveaux atteints. Les observations permises par la présente étude tendent à confirmer ce constat.

La question porte en somme sur l'attrait financier véritable du FO tant pour les femmes que pour les structures adhérentes.

Les indications de l'évaluation rétrospective, comme ce que révèle l'enquête menée dans le cadre de la présente étude, semblent indiquer que des frais complémentaires (ou une partie des prestations) sont facturés aux femmes. On peut même estimer que la disponibilité des intrants n'est pas ou mal assurée par le FO, amenant les prestataires à prescrire des médicaments que les femmes doivent se procurer à l'extérieur et payer de leur poche. Ceci, bien entendu, entame la confiance que le FO devrait en principe créer pour assurer son succès.

Pour mener une analyse d'impact du point de vue des FOSA, il faudrait, en principe, différencier les situations « avec » et « sans » FO.

On notera d'emblée que l'exercice de simulation est compliqué par le fait que si l'on peut identifier la recette générée dans chaque FOSA, qu'elle soit au forfait ou à l'acte (voir cas de la Moughataa d'Aleg dans le tableau suivant), la ventilation de la recette entre FOSA, dans le cadre de la gestion FO, se fait à partir de la recette globale de l'ensemble des FOSA d'une Moughataa donnée, selon des critères qui ne sont pas strictement basés sur le nombre de forfaits payés ici ou là, mais sur le volume d'activité de chaque FOSA adhérente, par type de prestation. Par conséquent, ce qui revient effectivement à chaque FOSA (et qui n'est pas entièrement spécifié dans les systèmes de gestion puisque seules la ventilation des primes et des frais de fonctionnement y apparaît pour les trois FOSA au Forfait de l'échantillon), est différent des montants de recette brute qu'elles collectent et qui incluent des abondements aux coûts de gestion, de fonds pour les indigents et autres dépenses. Ainsi, comme on le voit dans le tableau ci-dessous, le CH d'Aleg compte pour 49,9% de la recette totale de la Moughataa en 2015, mais la compilation des données de ventilation des recettes montre que le CH reçoit 63,5% des versements de primes et de frais de fonctionnement (la répartition du renouvellement des stocks n'est pas précisée).

Tableau 19. Collecte de la recette tirée de l'activité gynéco-obstétricale dans la Moughataa d'Aleg (2015) - en Ouguiyas

	CS	CH	PS	TOTAUX
Recette Forfait	6 484 500	3 803 500	3 029 500	13 317 500
	75,4%	30,7%	79,3%	53,7%
Recette Actes	2 027 900	8 494 400	771 000	11 293 300
	23,6%	68,5%	20,2%	45,5%
Ajustements	92 400	96 500	21 800	210 700
	1,1%	0,8%	0,6%	0,8%
Total	8 604 800	12 394 400	3 822 300	24 821 500
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% par type de FOSA	34,7%	49,9%	15,4%	100,0%

En plus, comme on le voit avec le cas d'Aleg, les recettes, et leur ventilation, combinent les deux sources de la recette puisque la gestion du FO en réalité somme les recettes à l'acte et du Forfait lui-même. L'exercice de simulation, par conséquent, est très complexe, d'autant plus qu'on doit le mener sur un type uniquement de FOSA (CH en l'occurrence). Aussi, pour simplifier l'exercice, on mènera la simulation en supposant que l'on est d'abord dans des situations « extrêmes » - sans FO, ou tout FO (donc hors activité à l'acte). Par exemple, dans le cas du CS de Sebkha, l'hypothèse basse (pas de FO) équivaudrait à une activité réduite de près de 90%, ce qui n'est pas réaliste, bien entendu. A l'opposé, on postule que si le Forfait disparaissait l'activité FO se transformerait, intégralement, en activité à l'acte, amenant donc à estimer un différentiel entre le revenu FO et le revenu à l'acte pour cette part de la clientèle de la structure. La réalité se situerait très certainement entre ces deux scénarios. Des situations intermédiaires peuvent donc ensuite être testées, et notamment pour une estimation (même si grossière) de ce que devrait être le niveau d'activité de la FOSA pour qu'elle puisse maintenir son revenu actuel si le FO disparaissait. On suppose ici que le revenu complémentaire tiré du FO est proportionnel à cette activité, ce qui, comme on vient de le voir, n'est pas exactement le cas – mais sans quoi les hypothèses et les calculs deviendraient très compliqués.

On mènera cet exercice pour le CH d'Aleg, le seul de l'échantillon où l'on dispose de deux niveaux significatifs d'activité au FO et hors FO.

Selon les statistiques compilées pour l'ensemble de l'année 2015 (tableau ci-dessous) pour l'ensemble de la Moughataa et spécifiquement pour le CH d'Aleg, si 98,4% des CPN sont réalisées avec le FO au CH, ce n'est le cas que de seulement 68,7% des accouchements eutociques et 77,9% des césariennes, alors que ce sont des prestations de base et qu'on se trouve dans une zone où le forfait est implanté depuis 2007.

Tableau 20. Statistiques d'activité gynéco-obstétricale de la Moughataa et du CH d'Aleg (2015)

	Total Activité Moughataa			% du total		Activité du CH d'Aleg			% CH sur total Moughataa			% activité du CH	
	FORFAIT	ACTES	TOTAL	Forfait	Actes	FORFAIT	ACTES	TOTAL	Forfait	Actes	Total	au FO	hors FO
Forfait complet	424	0	424			91		91	21,5%		21,5%		
Forfait tranche 1	2 003	0	2 003			631		631	31,5%		31,5%		
Forfait tranche 2	1 631	0	1 631			564		564	34,6%		34,6%		
CPN 1	2 191	532	2 723	80,5%	19,5%	638	22	660	29,1%	4,1%	24,2%	96,7%	3,3%
CPN 2	1 605	165	1 770	90,7%	9,3%	439	2	441	27,4%	1,2%	24,9%	99,5%	0,5%
CPN 3	1 157	74	1 231	94,0%	6,0%	280	0	280	24,2%	0,0%	22,7%	100,0%	0,0%
CPN 4	964	42	1 006	95,8%	4,2%	151	0	151	15,7%	0,0%	15,0%	100,0%	0,0%
Total CPN	5 917	813	6 730	87,9%	12,1%	1 508	24	1 532	25,5%	3,0%	22,8%	98,4%	1,6%
Echo	1 525	1 627	3 152	48,4%	51,6%	631	876	1 507	41,4%	53,8%	47,8%	41,9%	58,1%
Labo	1 395	556	1 951	71,5%	28,5%	730	512	1 242	52,3%	92,1%	63,7%	58,8%	41,2%
Pathologie ambulatoire	0	0	0			0	0	0					
Pathologie hospitalisée	426	330	756	56,3%	43,7%	426	294	720	100,0%	89,1%	95,2%	59,2%	40,8%
Avortement	91	13	104	87,5%	12,5%	89	11	100	97,8%	84,6%	96,2%	89,0%	11,0%
GEU	1	3	4	25,0%	75,0%	1	3	4	100,0%	100,0%	100,0%	25,0%	75,0%
Accouch.t normal	1 305	621	1 926	67,8%	32,2%	1 088	496	1 584	83,4%	79,9%	82,2%	68,7%	31,3%
Accouch.t pathologique	631	64	695	90,8%	9,2%	429	5	434	68,0%	7,8%	62,4%	98,8%	1,2%
Césarienne	162	105	267	60,7%	39,3%	162	46	208	100,0%	43,8%	77,9%	77,9%	22,1%
Total accouchements	2 098	790	2 888	72,6%	27,4%	1 679	547	2 226	80,0%	69,2%	77,1%	75,4%	24,6%
REFERENCE	8	3	11	72,7%	27,3%	10,7%	9,2%	10,3%	Tx de césariennes				
C post natale	1 494	519	2 013	74,2%	25,8%								

En 2015, sur la base de l'activité enregistrée, et en excluant les urgences obstétricales du fait que leur inclusion effective au forfait (hors césarienne) est laissée à l'interprétation des FOSA, le revenu de l'activité gynéco-obstétricale hors forfait à Aleg aurait représenté 12.529.291 Ouguiyas (tableau ci-dessous). Ceci tient compte des tarifications des consultations et actes et des consommations indiquées par l'hôpital comment étant à ajouter (ce qui constitue au total le « coût en base tarif » élaboré dans la partie 3.3). Pour calculer le revenu global de l'hôpital on doit donc ajouter le revenu tiré de l'activité FO. Par ailleurs, le reversement au CHR du revenu du forfait lui revenant directement (frais de fonctionnement + primes) a représenté 8.989.063 Ouguiyas en 2015, (soit 63,5% du revenu reversé en primes en frais de fonctionnement pour l'ensemble de la Moughataa). Comme indiqué plus haut, ce dernier montant ne tient pas non plus compte de la part des recettes allouée à l'achat des médicaments qui est globale pour la Moughataa, mais dont le CHR aussi bénéficie bien entendu. Aussi, une estimation de cette part de la recette ventilée est également faite qui correspond à 70% de la dépense de renouvellement des stocks (similaire à la proportion de primes versées). Ceci produit un total de 15.109.973 Oug. de « revenu FO » estimé, pour un total, avec le revenu sur l'activité à l'acte, de 27,6 M Oug. pour l'activité gynéco-obstétricale de l'hôpital.

Ainsi, si l'activité FO disparaissait, l'hôpital n'enregistrerait que 12,5 M Oug. de revenus (hypothèse basse de travail dans laquelle les femmes achetant le forfait ne se rendent plus à l'hôpital). En revanche, si toute l'activité enregistrée l'avait été hors forfait, on aurait eu un revenu de 45,6 M Oug., en supposant qu'elle ne soit donc pas affectée de baisse si le FO est retiré. Et si toute l'activité enregistrée avait été couverte par le FO, on peut estimer, proportionnellement à ce que touche aujourd'hui approximativement l'hôpital sur sa part FO d'activité, que le revenu global serait de 20,8 M.

Tableau 21. Simulation de revenus gynéco-obstétricaux pour le CH d'Aleg (Ouguiyas)

(Base activité = 2015)

Revenu total estimé réel (1)	27 928 344	
<i>dont Revenu FO (estimé)</i>	<i>15 109 973</i>	
<i>dont Revenu hors FO (estimé)</i>	<i>12 818 371</i>	
Revenu si toute l'activité était hors FO (2)	46 075 537	
<i>Ecart avec revenu estimé réel (2) - (1)</i>	<i>18 147 193</i>	
Revenu estimé si toute l'activité était au FO (3)	20 799 619	
<i>Ecart avec revenu estimé réel (3) - (1)</i>	<i>-7 128 725</i>	
Scénario où le FO est supprimé :		Ecart (4) - (1)
Revenu global si 10% de l'activité FO est maintenue (à l'acte) (4)	16 144 088	-11 784 256
Revenu global si 25% de l'activité FO est maintenue (à l'acte) (4)	21 132 663	-6 795 681
Revenu global si 50% de l'activité FO est maintenue (à l'acte) (4)	29 446 954	1 518 610
% d'activité FO à maintenir (à l'acte) pour conserver le revenu global =	45,4%	0

(*) estimation à partir d'un échantillon de 5 mois répartis sur tout 2015 (les proportions de reversements de frais de fonctionnement et de primes sont très stables)

On peut donc lire ceci de deux façons (extrêmes) : soit que le CH a « gagné » 15,1 millions d'Oug. de plus grâce au FO (une augmentation de 118%) – en estimant que sans le FO cette activité ne se serait pas matérialisée – soit que, potentiellement, il a « perdu » 18,1 millions d'Ouguiyas (recettes théoriques sur la base de l'activité totale enregistrée – total estimé), pour un revenu qui aurait alors été de 46,1 M Oug., soit une diminution de 39% de son revenu maximum théorique (ou potentiel).

Dans l'hypothèse où l'adhésion au forfait était rendue obligatoire, et en estimant un volume d'activité global constant, le revenu serait de 25% inférieur à celui estimé sur la base de la répartition actuelle de l'activité.

Il convient de rappeler qu'il s'agit là de calculs théoriques du fait que le revenu « FO » est en réalité une manne globale collectée dans toutes les FOSA participante d'un territoire donné puis répartie selon des clés préétablies (qui varient d'un territoire à l'autre).

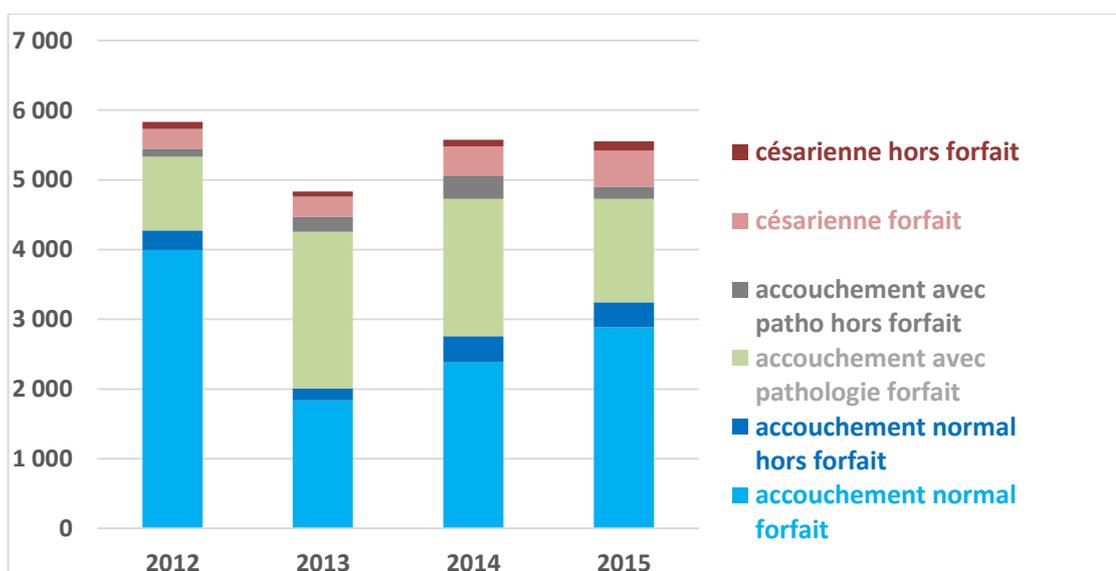
La « réalité » de la façon dont le FO impacte les finances du CHR à Aleg, et de la magnitude de cet impact (et son signe) est par nature assez difficile à apprécier. On peut, grossièrement, estimer qu'elle se situe quelque part entre les mesures d'écart faites ci-dessus. Et si l'on prend ces extrêmes, on voit que leur point médian est assez proche de zéro.

Si l'on simule une disparition du FO à Aleg pour estimer quel niveau de l'activité ancienne couverte par le FO il faudrait maintenir pour conserver le même niveau global de revenu (Hors FO + FO) que celui estimé actuel (27,928.344 Oug.), le calcul indique qu'il faudrait 45,4% de l'activité FO actuelle pour conserver les 15,1 M Oug. qu'il a généré, approximativement, pour le CH en 2015. Est-ce un niveau qui serait proche de la réalité ? C'est très difficile à dire. Même une enquête auprès de la population pour évaluer ses intentions dans différents cas de figure ne serait probablement pas fiable.

Enfin, il faut rappeler que les femmes encourent, elles aussi, un impact financier : elles payent pour un paquet de prestations, mais elles ne payent en principe qu'une partie du coût réel de ces prestations. Cependant, nous ne savons pas quel

est, en définitive, le coût réel de la prise en charge pour les femmes. En effet, et on le sait désormais de façon documentée grâce à l'étude d'évaluation rétrospective du FO – des compléments de coûts leurs sont demandés, ou bien les produits et médicaments ne sont pas disponibles et prescrits pour acquisition (de la poche). La présente étude ne comprend pas d'enquête auprès des femmes prises en charge qui aurait permis d'identifier les montants moyens de coûts complémentaires qu'elles ont effectivement à payer, qu'elles bénéficient du FO ou pas. L'étude rétrospective ne mesure pas cela non plus (elle est de nature qualitative). Néanmoins, on sait que nombre de femmes (et de personnels de santé) sont insatisfaites du dispositif. Le fait est qu'à Sebkhha on constate une réduction globale de l'activité d'accouchement si l'on reprend les statistiques relevées par le système de gestion du Forfait (graphique suivant). Cette réduction serait même plus forte encore selon les données statistiques remises par la gestion du Centre qui fait état de 7.444 accouchements en 2011 et 6.051 en 2015 (soit -19% en 5 ans). On rappellera ici la difficulté à laquelle on est confronté lorsque l'on cherche à établir un panorama statistique de l'activité hospitalière en Mauritanie...

Figure 35. Activité d'accouchement au CS de Sebkhha (2012-2015)



On constate une diminution encore plus nette du nombre d'examens (tous au forfait), et, globalement, du nombre de forfaits recouverts au Centre de Santé (graphiques suivants).

Figure 36. Activité d'échographie et de laboratoire en phase prénatale au CS de Sebkhha (2012-2015)

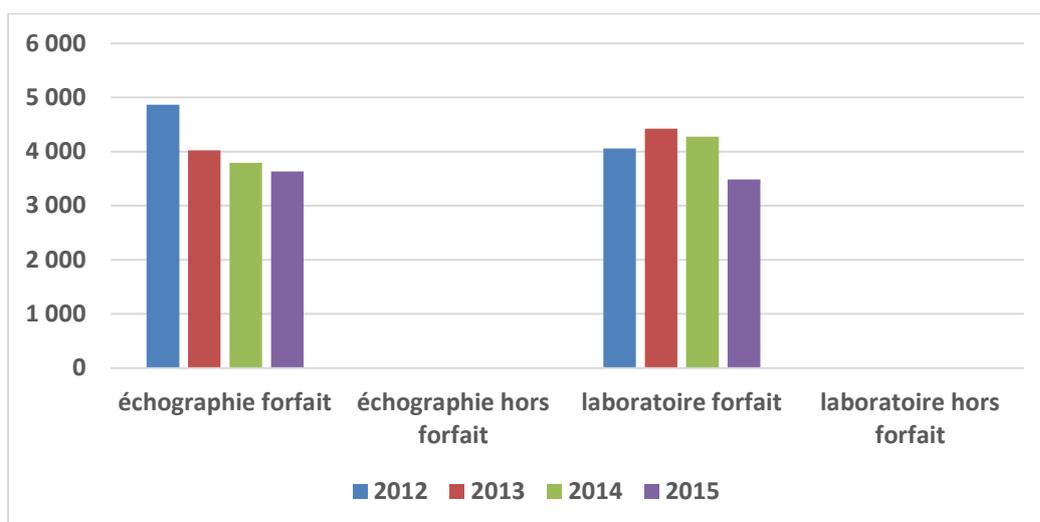
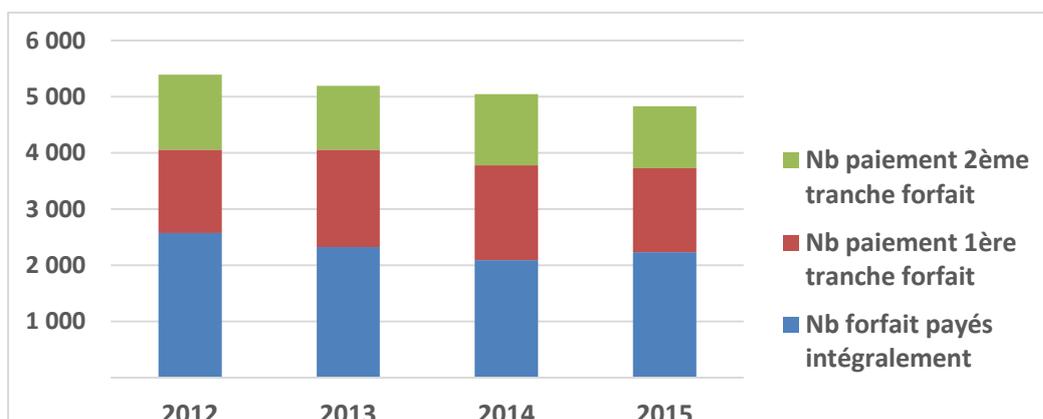


Figure 37. Evolution du recouvrement FO au CS de Sebkhha (2012-2015)



En tout état de cause il conviendrait d'élucider plus précisément les raisons des diminutions constatées à Sebkhha, centre historique de l'implantation du Forfait Obstétrical.

4.4.2 Impact du FO dans la gestion des FOSA

Le Forfait Obstétrical est géré de façon séparée par rapport au reste des activités des formations sanitaires. Au moins un poste de comptable ou gestionnaire a été créé pour faire face aux charges additionnelles que crée l'introduction du Forfait. Les pharmaciens aussi ont vu leur volume d'activité de gestion des produits pharmaceutiques augmenter très rapidement. Les formations sanitaires ont dû faire face à la multiplication des outils de gestion (FO, système de recouvrement des coûts, budget de l'Etat et systèmes de suivi spécifiques dans le cadre de l'appui éventuel de certains PTF). La gestion séparée de ces outils a créé un coût administratif additionnel pour les formations sanitaires.

Les discussions menées avec les prestataires et les gestionnaires ont indiqué que le FO a effectivement rendu plus attractive les prestations fournies par la FOSA adhérentes pour les femmes, surtout les femmes pauvres. Elles notent aussi que la mise en place du Forfait a amélioré dans un premier temps le plateau technique et les capacités à fournir les prestations. Cependant, l'information communiquée

indique que, dans certaines FOSA au moins, les femmes payent des compléments, notamment en raison du manque de médicaments, et alors même que le dispositif est censé en assurer la disponibilité. Ceci affecte la confiance dans le système et ensuite le choix d'adhérer ou non. Par contre, nous ne disposons pas d'informations avérées, documentées, qui confirmeraient que les patientes sont traitées différemment selon qu'elles payent à l'acte ou pas.

Ce sont des informations parcellaires, mais elles semblent confirmer ce que l'étude rétrospective note de son côté, à savoir qu'« avec la mise en place du FO, des sages-femmes et des médecins ont été formés 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. » Une autre information importante tirée de l'étude rétrospective est qu'il semble que les stocks de médicaments soient mieux fournis lorsque l'activité gynéco-obstétricale est hors forfait, que lorsqu'elle est couverte par le dispositif. C'est effectivement ce que les conversations avec les personnels dans le cadre de la présente étude laissent entendre.

C'est un problème qui peut probablement être relié à ce que l'étude de coûts démontre : que le revenu FO est loin d'être comparable à la tarification à l'acte et des revenus que les FOSA peuvent tirer de cette activité hors Forfait. Concomitamment, l'étude d'impact de 2015 a constaté un transfert d'activité gynéco-obstétricale depuis les hôpitaux vers le niveau primaire des soins, privant donc les hôpitaux d'une partie (potentiellement) de leur activité. Le problème est aussi à relier au fait qu'il s'agit d'un dispositif assurantiel de type optionnel. On a ainsi, fatalement, des comportements variés au sein d'une même structure sanitaire, voire de nature discriminatoire, des incitations à une prise en charge différenciée selon le type de couverture dont on bénéficie (ou pas). L'OMS se penche d'ailleurs sur la question et mène à l'heure actuelle une étude sur ce sujet (sur le mix des modalités de paiement des soins et ses conséquences sur l'accessibilité, le coût, la qualité des soins).

4.5 Quel périmètre pour le Forfait Obstétrical ?

La discussion de ce point d'étude est entamée dans la partie 3.1 (Etat des lieux). Il y est rappelé que le texte actuellement en vigueur – la circulaire du Ministère de la Santé en date du 2 août 2011 – prévoit :

- 4 Consultations prénatales (CPN) ;
- Un bilan biologique ;
- Une échographie ;
- Le transfert en ambulance vers le centre de référence (cas d'urgence obstétricale) ;
- L'accouchement assisté, quelle que soit sa forme ;
- La réanimation du nouveau-né ;
- La prise en charge des complications (ambulatoire / hypertension (ou HTA), infection urinaire, anémie, paludisme, et soins intensifs) ;
- La consultation postnatale (CPON).

L'étude a retenu ce périmètre, mais, comme le font les FOSA elles-mêmes, l'a également interprété du fait que des termes comme « réanimation du nouveau-né » et « soins intensifs » sont relativement imprécis dans leur acception. Les

calculs de coûts ont donc inclus un nombre élargi de prestations, notamment dans les domaines des SONU (PEC d'urgences obstétricales comme l'éclampsie, l'hémorragie du post-partum, l'infection, ainsi que l'hystérectomie et les soins néonataux d'urgence pour cause de détresse respiratoire, d'infection, de prématurité ou de malformation). En revanche, l'avortement n'a pas été inclus (mais au vu de sa faible incidence il aurait eu peu d'impact sur le coût global du paquet de prestations).

En définitive, le périmètre à retenir, et qui doit être clairement établi pour éviter les possibilités d'interprétation, dépendra des moyens financiers mobilisés, tant au travers de la cotisation demandée aux femmes enceintes, qu'au travers des compléments de financement qui pourront être apportés, mais aussi de l'application de protocoles de soins standardisés, ce qui est aujourd'hui semble-t-il loin d'être le cas. Car la rationalisation des soins doit permettre de réduire le coût des prestations, tout en augmentant, en vérité, leur qualité. Cette rationalisation demande, là aussi, une clarification, dans les normes de prise en charge établies par le Ministère de la Santé au travers du PNSR. Un facteur de standardisation des protocoles et des coûts serait la constitution de kits (d'accouchement et de césarienne particulièrement) qui définiraient d'emblée, pour toute FOSA, quels sont les intrants attendus et leurs coûts (ceci demandant des achats groupés si possible). Les kits, en eux-mêmes, ne sont pas une garantie de traitement égal pour toutes – on n'est pas à l'abri de comportements cliniques amenant à des surconsommations d'intrants et à des surcoûts pour les femmes et leurs proches comme on le voit dans nombre de situations dans d'autres pays – mais on peut estimer que de tels kits pourraient rationaliser l'approvisionnement (et réduire les coûts) des intrants les composant, en massifiant et centralisant les achats, et aussi clarifier et unifier ou harmoniser les protocoles de PEC.

Si l'on ne considère que les prestations actuellement considérées par le MS/PNSR et les FOSA comme faisant parti du périmètre du Forfait Obstétrical, le coût global de la prise en charge gynéco-obstétrical excède assez largement le revenu potentiellement disponible par le biais du recouvrement de la cotisation du FO, même si on augmente le montant de celle-ci. A fortiori si l'on intègre l'ensemble des autres prestations incluses dans les analyses précédentes, donc y compris les urgences néonatales comme l'ictère néonatal ou le syndrome hémorragique néonatal et obstétricales comme l'hémorragie, l'infection, le placenta praevia ou l'hématome rétroplacentaire, Or celles-ci devraient faire partie de tout paquet d'interventions gynéco-obstétricales.

En tout état de cause, les prestations de base pour les cas « normaux » ne devraient pas être délivrées, dans le cadre du Forfait, par les hôpitaux, au moins au CHME et dans les CHR. Mais il faut aussi tenir compte de la réalité : les parturientes qui le peuvent préfèrent accoucher dans les hôpitaux. En particulier, toutes les prestations prénatales ne devraient être prises en compte que si elles sont pratiquées dans les centres de santé. Le tableau suivant propose un profil de répartition des prestations.

Tableau 22. Répartition possible de l'activité gynéco-obstétricale entre FOSA dans le cadre du Forfait Obstétrical

	Hôpitaux de niveau tertiaire (CHME, CHR)	Hôpitaux de district (Moughataa)	Centres de Santé	Postes de santé
CPN	-	-	X	X
Echographie	X	X	X	X
Examens	-	X	X	-
Consultation gynécologique (pour cas de complication de la grossesse)	X	X	X	-
Accouchement eutocique	-	X	X	-
Accouchement dystocique (hors césarienne)	X	X	X	-
Césarienne	X	X	-	-
Autres cas de SOU	X	X	-	-
Urgences néonatales	X	X	-	-
CPON	-	-	X	X

On notera qu'ici les soins obstétricaux d'urgence sont entièrement attribués aux hôpitaux, même si, dans les statistiques, on a pu trouver quelques cas de détresses respiratoires pris en charge au CS d'El Mina (mais rien à celui de Sebkhha pourtant la maternité de référence du réseau de CS de Nouakchott participant au dispositif du forfait). Le cas du CS de Sebkhha est un peu à part puisqu'il dispose d'un bloc opératoire et pratique les césariennes (mais pas la prise en charge des autres urgences obstétricaux et des urgences néonatales). Dans le domaine de la SR au moins, Il est en fait classable comme niveau d'hôpital de district (ou de Moughataa).

4.6 Modèle de tarification

Rappel TdR : Point 6 de l'étude : Proposition d'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.

4.6.1 Remarques générales

Avant de passer à des simulations de « prix » du forfait et des comptes de gestion de l'activité gynéco-obstétrique des FOSA et ensemble de gestion du forfait, quelques observations et remarques sont proposées ci-après.

Plusieurs scénarios sont envisageables mais quelques critères intangibles doivent être malgré tout appliqués pour conserver la nature « universelle » du forfait : le « prix » du FO doit être le même pour toutes les femmes, au moins au niveau d'une même Wilaya, si ce n'est au niveau national. C'est la répartition du revenu qui doit être effectuée de façon à compenser justement les FOSA, en fonction de leur niveau d'activité et des coûts intrinsèques de celle-ci.

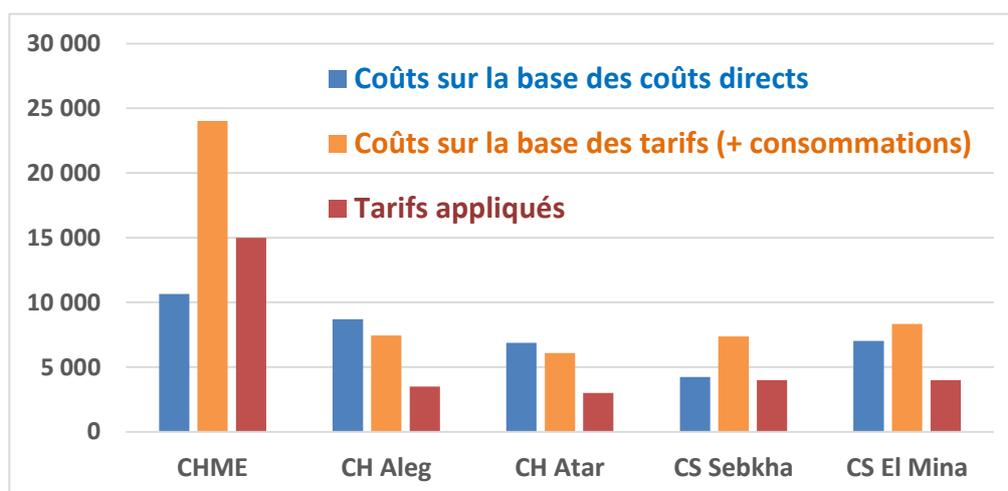
Manifestement, les tarifs actuels des prestations sont très supérieurs à ce que le FO peut offrir aux FOSA, surtout aux hôpitaux, mais même aux CS de Nouakchott (nous n'avons pas l'information pour les CS de province). D'autant que les FOSA

ne conservent qu'une partie du revenu du FO puisqu'il inclut un coût de gestion et qu'une partie du revenu est reversé aux autres FOSA (des cas de PEC peuvent être amenés à migrer d'un CS à un CH en cas de nécessité thérapeutique).

En tout état de cause il est difficile d'expliquer, par le calcul des coûts directs, certains des écarts de tarifs constatés. Ainsi, l'écart de coût entre le CHME et le CH d'Aleg pour l'accouchement eutocique, par exemple, n'est que d'à peine 2.000 Ouguiyas (10.660 contre 8.700), soit moins de 20% de l'une à l'autre FOSA, alors que le tarif de l'accouchement au CHME est de 15.000 Oug., soit 4,3 fois celui enregistré à Aleg (3.500 Oug.). Certes, les charges de structure (qui ne sont pas prises en compte dans les calculs menés dans le cadre de la présente étude) ne sont pas les mêmes entre les deux hôpitaux. Mais il est difficile d'envisager qu'elles soient 4 fois supérieures au CHME. Une analyse plus approfondie, qui tiendrait aussi compte des niveaux de productivité des deux FOSA, devrait être menée pour affiner l'analyse, cependant, il convient de rappeler qu'une partie importante des coûts de structure sont pris en charge par les subventions de l'Etat et n'a donc pas à être répercutée dans les tarifs.

Toujours dans le cas de l'accouchement, si on suit le même raisonnement, on pourrait se demander si le tarif du CH d'Aleg ou du CH d'Atar n'est pas un peu trop juste. En effet, les tarifs appliqués y sont inférieurs aux coûts directs partout (de 5% à 60%), sauf au CHME où ils sont supérieurs (de 40%).

Figure 38. Comparaison des coûts et tarifs de l'accouchement eutocique



Si l'on applique les tarifications en vigueur à ce jour dans les FOSA de l'échantillon à un cas de prise en charge simple ou « normal » (4 CPN, 1 échographie, 1 examen, 1 accouchement par voie basse, 1 CPON), le « coût » du paquet de prestations de base, sans aucune complication, reviendrait de 10.500 Ouguiyas au CS de Sebkhha et jusqu'à 30.500 au CHME (voir tableau ci-dessous). Une variation du simple au triple qui s'explique surtout par le tarif de l'accouchement par voie basse au CHME (15.000 Oug.) et par les tarifs d'examen (9.000 à 9.300 Oug. dans les trois hôpitaux contre 2.000 à Sebkhha et 4.500 à El Mina). Si l'on ajoute à ces coûts de revient les charges de gestion du forfait (de l'ordre de 10%), et que l'on compare les montants obtenus à ceux des tarifs actuels ou actualisés (sur la base du déflateur de PIB) du FO (tableau suivant), on constate que le prix du FO est partout nettement inférieur au coût tarifaire, sauf dans les deux CS si on devait

actualiser le tarif du FO sur la seule base du déflateur de PIB pour tenir compte de l'évolution des prix des composantes des coûts.

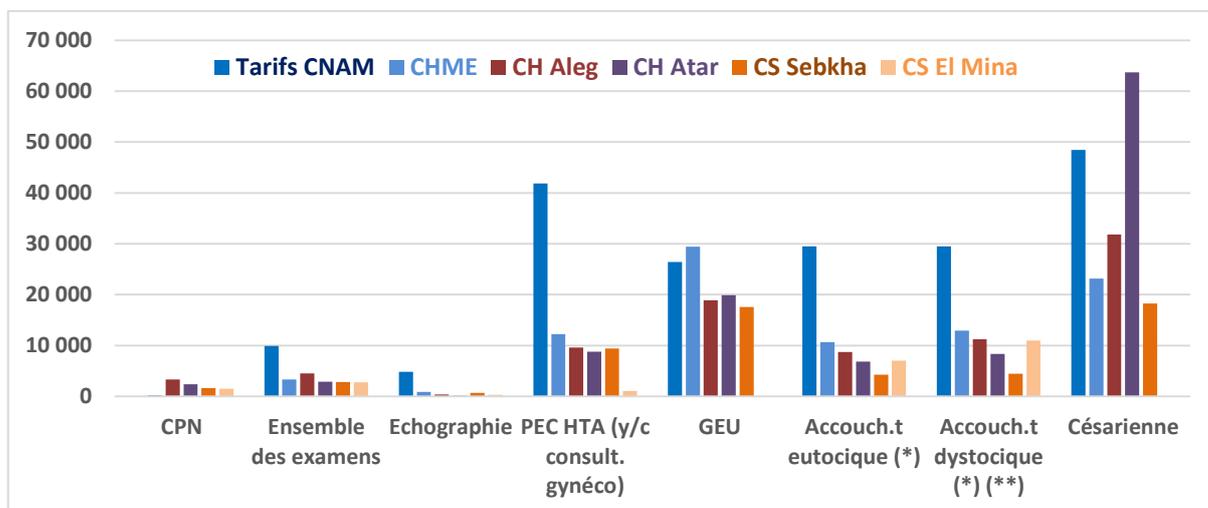
Tableau 23. Tarif du Forfait Obstétrical pour un cas de prise en charge "normal"

	CHME	CH Aleg	CH Atar	CS Sebkha	CS El Mina
4 CPN	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Examens	9 000	9 300	9 000	2 000	4 500
Echographie	4 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Accouchement par voie basse	15 000	3 500	3 000	4 000	4 000
1 CPON	500	0	500	500	0
Total PEC "Normale"	30 500	16 800	16 500	10 500	12 500
Prix du FO	6 500	5 500	5 500	6 500	6 500
Prix du FO actualisé (Défl. de PIB)	15 479	13 098	13 098	15 479	15 479
<i>Ecart PEC "N" / FO actuel</i>	<i>24 000</i>	<i>11 300</i>	<i>11 000</i>	<i>4 000</i>	<i>6 000</i>
<i>Ecart PEC "N" / FO actualisé</i>	<i>15 021</i>	<i>3 702</i>	<i>3 402</i>	<i>-4 979</i>	<i>-2 979</i>

On notera que l'accouchement eutocique est remboursé à hauteur de 29.507 Ouguiyas par la CNAM²², la césarienne l'étant à hauteur de 48.480 Oug. (tarifs établis par l'Arrêté n°1798 / MS/MEF/MFPE).

Si l'on compare les tarifs remboursés par la CNAM avec les coûts calculés en base de coûts directs (figure 32), on voit que les premiers sont très nettement supérieurs aux seconds, sauf pour la prise en charge de la GEU et pour la césarienne à Atar.

Figure 39. Comparaison Tarifs CNAM - Coûts calculés sur base coût directs des FOSA

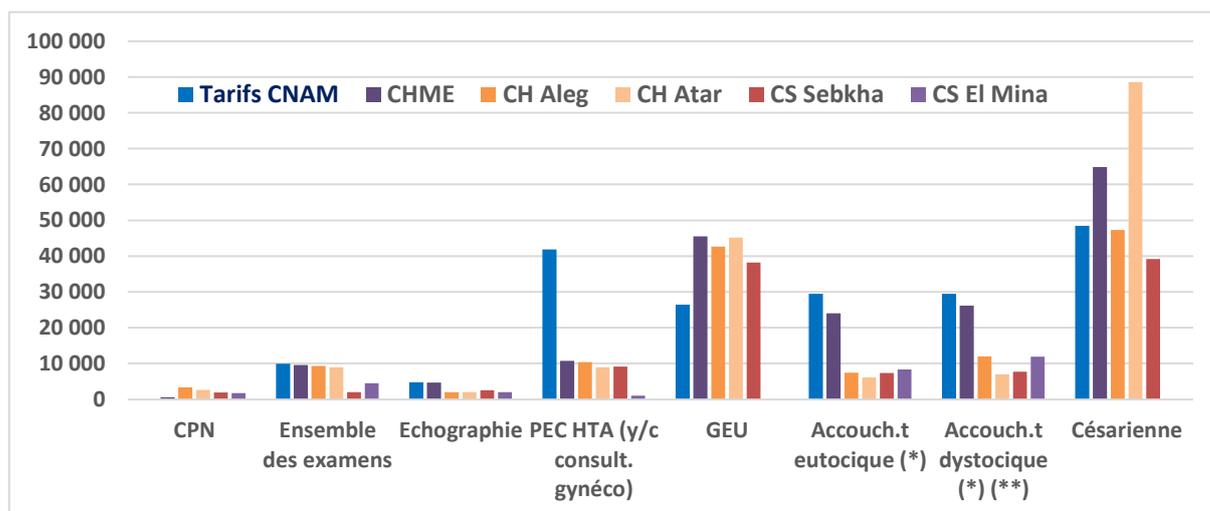


Si l'on effectue la comparaison avec le calcul des coûts incluant les tarifs appliqués par les FOSA (et comprenant les coûts des intrants), les écarts sont un peu plus faibles, mais restent élevés pour l'accouchement, en dehors du CHME et la PEC de l'hypertension artérielle. Pour les autres prestations observées ici les écarts sont parfois en défaveur de la structure sanitaire, comme pour la GEU. Il est vrai aussi que les tarifs de la CNAM ne différencient pas entre les types de FOSA où ces prestations sont délivrées alors même que leurs niveaux de coûts et de tarifs

²² République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé, Ministère des Finances, Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. Arrêté Conjoint n°1798 / MS/MEF/MFPE abrogeant et remplaçant l'arrêté conjoint 4 0320 du 8 février 2007 fixant les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux et de l'appareillage pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

sont très variés. Il résulte de ceci que, globalement, les tarifs de la CNAM sont assez proches du coût constaté au CHME, mais beaucoup plus élevés que ceux mesurés dans les hôpitaux régionaux et dans les CS de Nouakchott, notamment pour les accouchements. Le cas de la PEC de la HTA mériterait d'être vérifié avec le calcul des coûts qui a servi de base à l'établissement des tarifs de la CNAM, en raison d'un écart très important constaté avec toutes les FOSA de l'échantillon, CHME compris. Cette vérification serait d'ailleurs à faire pour tous les tarifs, mais nous n'avons pas eu accès à l'étude qui a mené à l'établissement de ces niveaux de remboursement.

Figure 40. Comparaison Tarifs CNAM - Coûts calculés sur base tarifs des FOSA



Si l'on compare les revenus que tireraient les 5 FOSA de l'échantillon de leur activité moyenne (telle qu'enregistrée en 2015) sur la base des tarifs de la CNAM, de leurs propres tarifs (y compris les ventes de médicaments et de consommables) et du FO (figure 34), on constate que les remboursements de la CNAM offrent les meilleures perspectives financières pour les structures sanitaires, suivis, de près, par leurs propres tarifications. Ces deux simulations sont sans commune mesure supérieures à ce que propose le FO. Cette simulation, par commodité des calculs, suppose que la FOSA conserve l'entièreté du revenu du forfait tel que calculé sur la base des coûts du paquet de prestations qu'elle est en mesure de délivrer.

Deux calculs sont menés. L'un retient la fréquence des prestations telle que constatée dans les cinq FOSA de l'échantillon (premier graphique ci-dessous) et l'autre calcul est mené pour une prise en charge « moyenne » (ou pour un cas « moyen »), c'est-à-dire, au CH d'Atar, par exemple : 4 CPN, 1 échographie, 1 examen, et 1 CPON de base (même si ce n'est pas ce qui est constaté mais c'est ce qui est prévu dans le FO) et, pour les autres cas, les fréquences constatées : 0,24% de cas avec HTA, 0,03% de GEU, 95,1% d'accouchements eutociques, 0,17% d'accouchements dystociques, 4,8% de césariennes, 0,08% d'hystérectomies, 4,06% des naissances associées à des urgences néonatales, 0,66% de cas d'évacuations sanitaires. On notera que le tarif de la CPN manque dans les documents de la CNAM communiqués. Il est donc à « 0 » dans la simulation. Le revenu global du paquet d'activités devrait donc être théoriquement encore augmenté pour ce qui concerne les tarifs CNAM (la première barre de chaque FOSA dans les graphiques).

Figure 41. Comparaison de scénarios de revenus moyens sur la base d'activité du FO – Fréquences constatées des prestations

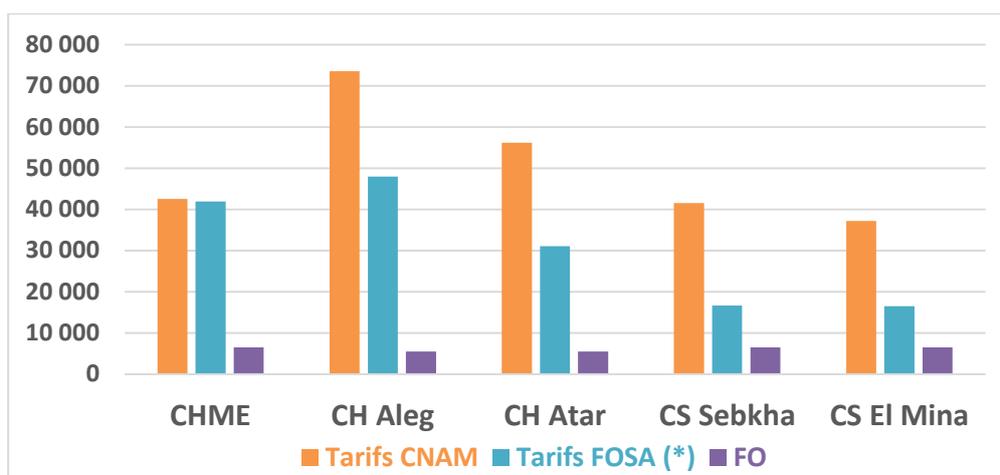
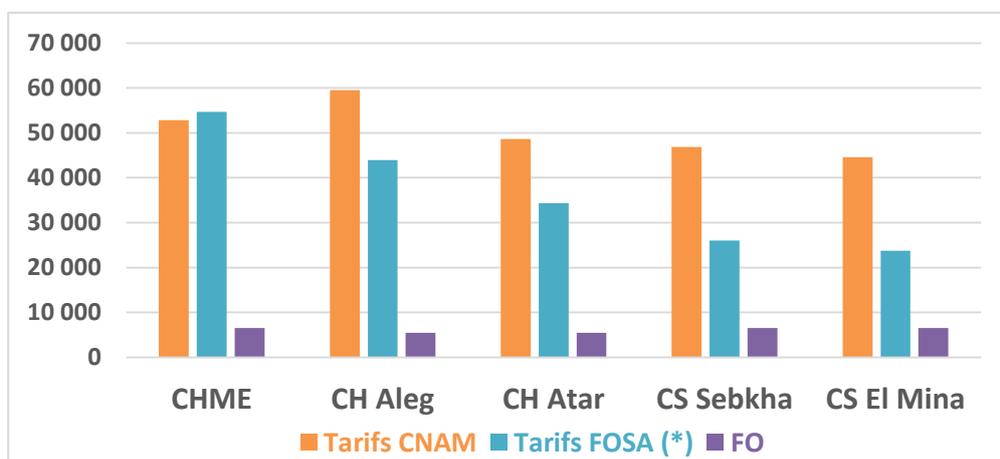


Figure 42. Comparaison de scénarios de revenus moyens sur la base d'activité du FO - Fréquences standards des prestations de base



On constate, comme évoqué plus haut, la proximité du niveau de remboursement accordé par la CNAM avec le coût tarifaire total enregistré au CHME. Ailleurs, le remboursement CNAM est significativement supérieur.

Bien entendu, le « revenu FO », qui est établi sur une base ancienne et pour des CS, ne représente qu'une fraction du coût calculé et du niveau de remboursement de la CNAM. Mais ceci est aussi vrai maintenant pour les CS de Nouakchott.

Sur la seule base des profils de coûts constatés dans les FOSA, il semblerait que les tarifs de la CNAM devraient mieux tenir compte des variations de niveaux de ressources (plateaux techniques, infrastructures, types de personnels employés à délivrer les prestations). Il conviendrait aussi, dans certains cas, de revoir à la baisse (l'accouchement par voie basse par exemple) ou à la hausse (GEU) certains de ces tarifs.

Là encore, la définition de kits (et de leur prix) pour l'accouchement (eutocique, dystocique et césarienne) serait nécessaire afin de stabiliser les pratiques et le coût tant pour les FOSA que pour les bénéficiaires. Une fois ces kits établis, les tarifs applicables seraient ceux des actes, par niveau de FOSA (CHU ou CHR, CH de Moughataa – incluant le CS Sebkhah de Nouakchott, CS et PS).

Pour ce qui concerne le « prix » global ou tarif du Forfait Obstétrical, on pourrait envisager de l'augmenter, par exemple, jusqu'au niveau de ce qu'il en coûte au CS de Sebkhha pour le paquet de base pour un cas 'normal', soit 10.500 Oug., ou bien au niveau de l'actualisation par le déflateur de PIB, soit en gros 15.500 Oug. à Nouakchott et Nouadhibou, et 13.100 Oug. (que l'on peut arrondir à 13.000) ailleurs. Toute complication ferait alors l'objet d'un subventionnement.

Dans la sous-partie suivante un certain nombre de scénarios de recettes et de coûts du forfait (ou de l'activité gynéco-obstétricale « au forfait ») sont proposés pour tester divers niveaux de « prix » du forfait.

4.6.2 Scénarios de “prix” du forfait obstétrical

Les FOSA établissent un compte de gestion « FO » qui somme les recettes tirées de l'activité couverte par un paiement au forfait à celles tirées de l'activité hors FO, donc payées à l'acte. Dans les faits, il est possible que l'activité à l'acte contribue au subventionnement de l'activité au forfait dont le prix est aujourd'hui très inférieur aux coûts. En effet, comme montré dans la partie 3.3, les prestations ont un coût direct inférieur à leur prix de revient en base tarifaire. Donc, la tarification à l'acte dégage probablement un bénéfice. Mais encore faudrait-il que les tarifs actuellement appliqués, pour toutes les prestations délivrées par les CH, soient établis sur une base équivalente (même contenu de ressources valorisées), ce qui n'est probablement pas le cas. Pour pouvoir le vérifier il faudrait disposer des études de coûts en bonne et due forme et documentées qui auraient été utilisées par les Conseils d'Administration pour établir les tarifications.

Dans les simulations menées pour envisager le niveau de prix du forfait et de subventionnement qu'il faudrait envisager, l'activité hors forfait et les coûts directs ont été laissés de côté afin de concentrer l'analyse sur ce qui est effectivement maîtrisable et, finalement, fait sens pour les FOSA. En effet, elles raisonnent sur la base de leurs tarifs et des consommations directes pour comparer avec ce que le Forfait Obstétrical est en mesure de leur apporter. L'activité hors forfait a un résultat à l'équilibre si on raisonne en termes de coûts calculés en base tarifaire. De la sorte, on peut mener les simulations sur diverses tarifications de forfait et de résultats financiers à partir desquels on peut établir les montants d'éventuelles subventions, sur la seule activité FO.

Les simulations reprennent les statistiques et la structure d'activité au forfait constatées pour 2015. Pour le CH d'Atar comme pour le CHME, qui n'adhèrent pas au forfait, toute l'activité gynéco-obstétrique est retenue. Par contre, nous ne disposons pas des statistiques consolidées de la Moughataa d'Atar pour la seule activité gynéco-obstétricale, comme c'est le cas pour Nktt et Aleg où les comptes de gestion du FO fournissent ces données. Les prestations retenues sont celles du paquet du forfait obstétrical, sans ou avec les urgences néonatales (UN).

Les revenus sont établis sur la base de la structure d'activité constatée, en multipliant le coût ou « prix » du FO établi par les trois scénarios utilisés pour son évaluation (tels que présentés en partie 3.3.2), comme s'il s'agissait de son prix de vente, par le nombre d'accouchements (au FO pour les FOSA qui y adhèrent et totales pour les autres). Les résultats globaux, par FOSA, ou pour un ensemble (les CS de Nouakchott ou les FOSA du dispositif à Aleg) sont ensuite augmentés de façon à intégrer la couverture des dépenses de gestion et de fonctionnement du dispositif. Une revue des montants attribués à ces dépenses amène, tant à

Nouakchott qu'à Aleg, à prévoir pour elles une enveloppe de 10% du revenu global.

Les coûts calculés sur la base de l'activité constatée appliquent les coûts pour chaque type de prestation (sur base tarifaire ou directs).

Les prestations retenues pour chaque FOSA sont celles indiquées à la partie 3.5. Ainsi, par exemple, la CPN est exclue de l'activité du CHME. Les coûts des prestations individuelles retenus pour valoriser le coût global (ou prix de revient) de l'activité sont ceux établis en base tarifaire.

Le tableau suivant fournit le coût total ou prix de revient de l'activité gynéco-obstétricale « FO » pour chaque FOSA de l'échantillon puis pour l'ensemble des établissements d'un même groupe de gestion (Total Nktt, Total Aleg). Ce coût est donc celui « constaté » si l'on considère un « achat » de l'activité gynéco-obstétrique par le dispositif du FO.

Tableau 24. Coûts totaux de la prise en charge de l'activité FO dans les FOSA de l'échantillon (base tarifaire + intrants)

En Oughiyas	CHME	CH Aleg	CS & PS Aleg (*)	Total Aleg	CH Atar	CS Sebkh	CS El Mina	Total Nktt (CS du dispositif)
CPN	0	0	8 130 196	8 130 196	0	18 294 084	7 058 832	50 281 952
Examens	0	6 789 000	2 992 500	9 781 500	16 776 000	6 972 000	2 695 500	31 834 500
Echographie	0	1 485 418	2 090 235	3 575 653	4 124 331	9 216 570	2 599 934	24 432 730
Consultation gynécologique (pour cas de complication de la grossesse)	1 406 165	0		0	247 894	46 151	0	
Accouchement eutocique	0	8 093 349	1 809 346	9 902 695	7 000 814	35 999 868	13 440 856	75 296 862
Accouchement dystocique (hors césarienne)	14 941 160	4 172 883	1 506 920	5 679 803	11 029	10 193 238	2 155 940	17 735 298
Césarienne	110 210 732	7 663 057	0	7 663 057	5 137 035	20 161 735	0	20 161 735
Autres cas de SOU	6 874 851	4 908 381	0	4 908 381	80 168	0	0	
Urgences néonatales	10 634 302	1 856 152	0	1 856 152	246 465	0	0	
CPON	0	0	637 935	637 935	0	4 578 131	764 324	7 335 927
Totaux (hors UN)	133 432 908	33 112 089	17 167 132	50 279 220	33 377 270	105 461 777	28 715 386	227 079 004
Totaux (y/c UN)	144 067 210	34 968 240	17 167 132	52 135 372	33 623 735	105 461 777	28 715 386	227 079 004

Une fois ces coûts globaux établis, on bâtit le compte d'exploitation fictif de l'activité gynéco-obstétricale (au FO pour Nktt et Aleg, totale pour Atar – supposant donc que toute l'activité d'Atar serait au FO).

Le tableau suivant présente les « comptes de résultats » de l'activité gynéco-obstétricale considérée, établis selon les scénarios de revenus « FO » liés aux différents « prix » du FO (actuels ou calculés). Pour faciliter la lecture des résultats globaux, seuls les calculs reprenant l'activité hors UN sont présentés.

On constatera qu'un tarif dit « d'équilibre » a été calculé qui amènerait à un équilibre financier strict du dispositif (hors Urgences Néonatales). Le résultat calculé au niveau des structures de santé (donc hors dépenses de gestion et autres du Forfait) est supposé être le même pour l'ensemble du dispositif si l'on part de l'hypothèse que les revenus alloués aux frais de gestion et autres dépenses couvrent exactement ceux-ci. La ligne de résultat, qui soustrait les coûts ainsi calculés au revenu estimé par la multiplication des volumes d'activité par le tarif ou prix du FO, correspond donc à un solde qui reste à financer s'il est négatif. Ainsi, pour les seuls CS de Nouakchott qui sont aujourd'hui au forfait, pour un coût total de 227,1 millions d'Oughiyas, le prix actuel du FO (6.500 Oug.) signifie un

manque de financement de l'ordre de 164,0 millions (1^{ère} colonne de chiffres du tableau ci-après).

A noter que le CH d'Atar établit ses propres estimations de coûts liés à l'activité gynéco-obstétricale, et que ce coût s'est élevé à environ 50,3 millions en 2014 et 53,5 millions d'Oughiyas en 2015. Le mode de calcul est différent de celui appliqué dans la simulation ci-dessus, puisqu'il inclut des charges indirectes (surtout d'entretien, de frais généraux comme l'électricité et l'eau, de carburant). On voit que l'estimation faite ci-dessus, qui exclut CPN et CPON, n'est pas très éloignée (si on réintègre les prestations exclues).

Tableau 25. Compte de résultats du FO - scénarios en fonction du prix du FO

Nouakchott	Prix actuel (d'origine)	Prix actualisé (défl. PIB)	Prix "constat" (Sebkha)	Prix simulation 1 (Sebkha)	Prix simulation 2 (originelle) (Sebkha)	Prix autre simulation	Prix d'équilibre du compte
Forfait Nouakchott (CS)	6 500	15 479	18 940	22 029	20 944	13 444	23 401
Revenu global Forfait	70 083 000	166 894 841	204 206 496	237 517 984	225 817 070	144 958 000	252 310 005
Revenu net (pour les FOSA)	63 074 700	150 205 357	183 785 847	213 766 185	203 235 363	130 462 200	227 079 004
Résultat FOSA (Rev. net - Coûts hors UN)	-164 004 304	-76 873 648	-43 293 158	-13 312 819	-23 843 642	-96 616 804	0
Résultat FOSA (Rev. net - Coûts y/c UN)	-164 004 304	-76 873 648	-43 293 158	-13 312 819	-23 843 642	-96 616 804	0
Aleg (Moughataa)	Prix actuel (d'origine)	Prix actualisé (défl. PIB)	Prix "constat" (CH Aleg)	Prix simulation 1	Prix simulation originelle	Prix autre simulation	Prix d'équilibre du compte
Forfait Aleg	5 500	13 098	52 388	33 228	33 374	13 444	26 628
Revenu global Forfait	11 539 000	27 478 840	109 909 851	69 711 831	70 018 433	28 206 444	55 865 800
Revenu net (pour les FOSA)	10 385 100	24 730 956	98 918 866	62 740 648	63 016 590	25 385 800	50 279 220
Résultat FOSA (Rev. net - Coûts hors UN)	-39 894 120	-25 548 264	48 639 646	12 461 428	12 737 369	-24 893 420	0
Résultat FOSA (Rev. net - Coûts y/c UN)	-41 750 272	-27 404 415	46 783 494	10 605 276	10 881 218	-26 749 572	-1 856 152
Atar (CH)	Prix actuel (d'origine)	Prix actualisé (défl. PIB)	Prix "constat"	Prix simulation 1	Prix simulation originelle	Prix autre simulation	Prix d'équilibre du compte
Forfait Atar	5 500	13 098	34 921	33 875	31 987	13 444	30 726
Revenu global Forfait	6 638 500	15 808 847	42 149 354	40 887 043	38 608 406	16 227 444	37 085 856
Revenu net (pour les FOSA)	5 974 650	14 227 962	37 934 418	36 798 339	34 747 566	14 604 700	33 377 270
Résultat FOSA (Rev. net - Coûts hors UN)	-27 402 620	-19 149 308	4 557 148	3 421 068	1 370 295	-18 772 570	0
Résultat FOSA (Rev. net - Coûts y/c UN)	-27 649 085	-19 395 773	4 310 683	3 174 604	1 123 831	-19 019 035	-246 465

Le « résultat FOSA » correspond à l'écart entre revenus (part de la recette FO restituée aux FOSA) et les coûts correspondants. On part ici du principe que les frais de gestion sont couverts par la recette du Forfait qui ne leur est pas restituée (10%).

Le montant d'une subvention d'équilibre spécifique à l'activité gynéco-obstétricale correspondrait au résultat négatif de ces comptes. On constate qu'à Nouakchott, comme à Aleg, le prix d'équilibre du FO, que l'on inclue ou pas l'activité hors FO (relativement faible), s'établit aux environs de 22.000 – 23.000 Oughiyas (voir tableau ci-dessous pour l'ensemble des simulations). A Atar il est de l'ordre de 30.000 Oug., mais il ne faut pas oublier que l'on n'a ici que l'activité et la structure de coûts de l'hôpital régional.

Tableau 26. Récapitulatif des simulations de comptes de résultats "FO" et "Activité gynéco-obstétrique"

Prix FO et comptes de résultats (Oughiyas)	Prix actuel (d'origine)	Prix actualisé (défl. PIB)	Prix "constat"	Prix simulation 1	Prix simulation originelle	Prix autre simulation	Prix d'équilibre du compte
Nouakchott	6 500	15 479	18 940	22 029	20 944	13 444	
Simulation 1 : Activité FO x Coûts sur base Tarifs	-164 004 304	-76 873 648	-43 293 158	-13 312 819	-23 843 642	-96 616 804	23 401
Simulation 2 : Activité Totale x Coûts sur base Tarifs	-175 963 371	-72 371 469	-32 446 752	3 197 652	-9 322 716	-95 844 621	21 752
Simulation 3 : Activité FO x Coûts Directs	-90 217 194	-3 086 537	-37 266 000	-13 217 051	-18 694 999	-22 829 694	15 797
Simulation 4 : Activité Totale x Coûts Directs	-94 498 677	9 093 225	-31 543 627	-2 951 206	-9 464 082	-14 379 927	14 691
Aleg (Moughataa)	5 500	13 098	52 388	33 228	33 374	13 444	
Simulation 1 : Activité FO x Coûts sur base Tarifs	-39 894 120	-25 548 264	48 639 646	12 461 428	12 737 369	-24 893 420	26 628
Simulation 2 : Activité Totale x Coûts sur base Tarifs	-57 308 122	-37 560 347	64 562 953	14 761 860	15 141 707	-36 658 922	27 548
Simulation 3 : Activité FO x Coûts Directs	-29 086 650	-14 740 794	26 336 562	9 591 655	10 418 174	-14 085 950	20 904
Simulation 4 : Activité Totale x Coûts Directs	-40 802 203	-21 054 428	35 490 570	12 440 383	13 578 127	-20 153 003	21 198
Atar (CH)	5 500	13 098	34 921	33 875	31 987	13 444	
Simulation 1 : Activité FO x Coûts sur base Tarifs	-27 402 620	-19 149 308	4 557 148	3 421 068	1 370 295	-18 772 570	30 726
Simulation 2 : Activité Totale x Coûts sur base Tarifs	-27 402 620	-19 149 308	4 557 148	3 421 068	1 370 295	-18 772 570	30 726
Simulation 3 : Activité FO x Coûts Directs	-12 153 472	-3 900 160	4 177 815	6 206 839	5 413 053	-3 523 422	16 688
Simulation 4 : Activité Totale x Coûts Directs	-12 153 472	-3 900 160	4 177 815	6 206 839	5 413 053	-3 523 422	16 688

Pour le CHME :

Le CHME est un cas à part. Référence nationale en matière de soins gynéco-obstétriques, il reçoit des patientes venant de différentes parties du territoire national. En raison de cette particularité, l'inclusion du CHME au dispositif du FO est probablement à concevoir différemment. La difficulté de l'inclusion du CHME au dispositif provient de ce qu'on ne peut pas faire un calcul simple "FO" pour chaque territoire forfaitisé en y intégrant le CHME. De plus, la gestion d'un tel système serait compliquée. En effet, il faudrait reverser, depuis toutes les Moughataa au forfait, une somme chaque mois (ou sur une périodicité différente pour tenir compte de ce cas particulier) correspondant à sa part calculée dans la recette forfait de chaque territoire au forfait. En outre, le faible nombre, même annuel, de références pour une Moughataa donnée, en dehors de Nouakchott, ferait que les montants à reverser seraient de toute façon assez faibles. Ce serait donc d'un coût de gestion élevé pour bien peu de reversement dans chaque territoire en définitive, à l'exclusion, peut-être, du dispositif FO à Nouakchott. De plus, l'intégration des références au CHME dans le calcul du montant du forfait de chaque Moughataa adhérente signifierait des calculs assez compliqués.

Le CHME doit donc être probablement traité à part, et globalement.

Le plus aisé à gérer pour le dispositif du FO serait de calculer une subvention spécifique globale égale au montant du coût CHME (volume d'activité provenant des transferts de femmes au forfait en provenance des autres FOSA du pays multiplié par les coûts tarifaires constatés). De la sorte, on n'inclurait pas le CHME dans la tarification ou « prix » du FO.

Il faudrait par contre savoir quel volume d'activité du CHME provient des FOSA du pays incluses au dispositif, et pour quels types de pathologies, pour les femmes au forfait uniquement (on voit bien qu'il y a même dans ces structures une activité hors forfait).

Par ailleurs, le dispositif impliquant le CHME, doit assurer le suivi de la femme et de son enfant, à l'aide du système de référence / contre-référence. C'est d'ailleurs une nécessité tant thérapeutique que pour la bonne organisation du système de santé, quel que soit le dispositif en place. Pour cela, les femmes au forfait doivent disposer d'un carnet qui :

1. les identifie comme adhérentes au forfait,
2. leur garantit la prise en charge complète pour toutes les activités clairement identifiées,
3. permet de les suivre pendant tout leur parcours depuis la 1^{ère} CPN jusqu'à la CPON, pas à pas, y compris (et notamment) en cas de référence. La référence doit y être clairement spécifiée (cause, date, FOSA d'origine, FOSA de destination), de même que la contre-référence.

Les dossiers des références adressées au CHME doivent en outre pouvoir faire l'objet de vérifications par un médecin conseil propre au dispositif (ce qui d'ailleurs est un des arguments militant pour une inclusion du dispositif du FO à une gestion de type CNAM). Il conviendrait donc de prévoir un service de médecin(s) conseil dans le dispositif, s'il est maintenu, ce qui n'existe pas à l'heure actuelle. Ce service devrait aussi s'appliquer à l'ensemble du dispositif, pas seulement aux références vers le CHME. En tout état de cause, l'inclusion d'un service de médecin-conseil serait une garantie supplémentaire (et normale) du bon fonctionnement du dispositif du FO, tant pour les femmes bénéficiaires que pour le système de santé d'une façon générale. Il serait notamment le garant du respect de la filière de soins, ou parcours coordonné des soins, et, par conséquent, de l'application de sanctions en cas de non-respect de cette filière (manquement aux règles du respect du niveau des structures sanitaires de délivrance des différentes prestations, manquements aux principes de la référence / contre-référence (pour notamment assuré la continuité des soins et du suivi de la femme enceinte puis parturiente). Après tout, le FO est un dispositif de mutualisation, forme d'assurance santé ciblant la santé génésique, et le système de contrôle et supervision assuré par le médecin-conseil est un pilier central de tout dispositif assurantiel.

Les CHR et le CHN :

Les remarques faites à propos de l'intégration du CHME au dispositif du FO s'appliqueraient aussi à l'Hôpital National, également niveau de référence ultime, si celui-ci devait également être associé au dispositif. A noter à ce propos que le CHN a eu une convention avec le CS Sebkhia, pour les évacuations, mais n'en était pas satisfait.

4.6.3 Tarification des prestations de gynéco-obstétrique dans les hôpitaux

On a vu que les hôpitaux (CS de Sebkhia, CH d'Aleg et d'Atar, CHME) ont, pour certaines prestations, des tarifs différenciés (voir partie 3.6.1). Ainsi les examens sont tarifés 2.000 Oughiyas à Sebkhia alors qu'ils le sont à 4.500 à El Mina et de 9.000 à 9.300 dans les trois CH. L'accouchement varie de 3.000 Oug. au CH d'Atar à 4.000 dans les deux CS, tandis qu'il en coûte 15.000 au CHME. Par contre, les CPN et la CPON sont partout tarifées à 500 Oughiyas. La logique derrière ces tarifications et leur variation n'apparaît donc pas clairement... Une proposition de tarification se heurte au fait que les CH sont des établissements autonomes, donc libres de fixer les tarifs des prestations qu'ils fournissent. Si la tarification (ou « prix ») du FO devait refléter ces variations, il faudrait donc en proposer une par Moughataa ou Wilaya, ou par groupement de gestion du FO, ce qui ne semble pas très raisonnable. On voit par ailleurs que la distinction actuelle du prix (6.500 Oug. à Nktt et Nouadhibou et 5.500 Oug. ailleurs) ne reflète peut-être pas la réalité des coûts, au moins si on compare les deux CH de province et le

CS Sebkhah (qui pratique aussi la césarienne). On pourrait donc envisager un « prix » du FO unique.

4.7 Modalités d'achat et de paiement des hôpitaux dans le cadre du FO

Rappel TdR : Point 7 de l'étude : Proposition de modalités d'achat et de paiement des hôpitaux de ces prestations par le dispositif du Forfait Obstétrical

La révision des indices de poids relatifs des prestations du FO, la précision de son périmètre, et la répartition des prestations à couvrir entre les niveaux de structures de soins de la pyramide sanitaire, discutées dans les parties précédentes, vont constituer les premières étapes pour la mise en place d'un dispositif qui puisse inclure efficacement et de façon soutenable tous les hôpitaux du pays. Actuellement, la répartition des recettes du FO ne paraît pas répondre à la réalité des structures de coûts des FOSA. En tout cas pas de façon suffisamment explicite.

Le dispositif de gestion du FO (mais cela dépendra aussi de la modalité de gestion adoptée, ce qui est discuté au point suivant) applique une clé de répartition entre FOSA d'une même zone. Mais la zone du CHME c'est, en définitive, l'ensemble du pays du fait qu'il s'agit de l'ultime niveau de référence nationale en matière de santé génésique. Par conséquent, il ne peut être traité comme le sont les hôpitaux de niveau local ou régional. Si, comme cela se produit, une patiente lui est référée depuis Aleg ou Atar, il faudrait alors introduire dans la clé de répartition des recettes du dispositif du FO des Moughataas correspondantes un reversement vers le CHME. Ceci paraît bien compliqué et coûteux car nécessitant un flux d'information mensuel depuis le CHME vers toutes les FOSA concernées et, en retour, des versements bancaires vers le CHME depuis toutes les zones en question.

Ainsi, les remarques précédentes, et comme suggéré au point 3.6, ne devraient pas s'appliquer au CHME, et d'une façon générale, aux hôpitaux nationaux et probablement pas non plus aux hôpitaux régionaux (c'est à dire au niveau tertiaire des soins). Le CHME devrait « facturer » ses prestations à l'entité de gestion du FO, détaillant les prestations administrées, les bénéficiaires, leur lieu d'origine (la FOSA qui les a référencées), les références de leur carnet, etc. C'est sur cette base que serait versée la subvention au CHME. Un système similaire est en place au Maroc pour les bénéficiaires du RAMED (Régime d'Assistance Médicale pour les Economiquement Démunis – environ un tiers de la population) qui se rendent dans les CHU. En revanche, ce système n'est pas en vigueur dans les autres hôpitaux publics (dits « SEGMA²³ »), ce qui rend très compliqué le suivi du dispositif RAMED dans ces établissements et contribue à leur paupérisation en définitive. Il est donc indispensable de pouvoir bien identifier les prestations et de faire correspondre le montant de la subvention à celui des coûts basés sur les tarifs et consommations des FOSA.

A noter que l'évacuation sanitaire est prévue dans le FO, par conséquent, le coût de cette évacuation est à comptabiliser là où elle est initiée : donc au CS, voire le

²³ SEGMA signifie « Services de l'Etat Gérés de Manière Autonome ». Mais en réalité les hôpitaux de niveau district et régional ne disposent que de très peu d'autonomie, contrairement aux CHU.

CH de Moughataa, pour le paquet FO, et non pas au CHR ou dans les hôpitaux d'ultime référence à Nouakchott.

4.8 Mesures pour améliorer le paiement des services prestés par les hôpitaux

Rappel TdR : Point 8 de l'étude = Proposition si nécessaire de mesures permettant de mieux payer les services prestés par les hôpitaux :

Aujourd'hui les FOSA collectent le FO à leur niveau puis se voient reverser une part de la recette globale du FO enregistrée mois après mois dans chaque zone (arrondissement de Nouakchott ou Moughataa en dehors). En 2015, par exemple, la recette est provenue à 49,6% du CHR, 35% du Centre de Santé 35% et 15,4% des 7 postes de santé associés. Le CH d'Aleg a reçu, directement, 2.563.326 Oug. pour ses frais de fonctionnement et de l'ordre de 4.650.000 Oug. en primes pour le personnel, soit un total de l'ordre de 36% de la recette globale, hors ce qui lui revient également pour couvrir ses besoins de médicaments et autres intrants, laquelle représente, pour l'ensemble des FOSA de la Moughataa adhérentes au Forfait 35,2% du total des recettes.

Tableau 27. Répartition du revenu du FO et des dépenses afférentes dans la Moughataa d'Aleg (2015)

	Totaux 2015 (Ouguiyas)	Proportions
RECETTES (cumul des cotisations aux FO dans les différentes FOSA de la région couvertes)	19 998 600	100,0%
Centre Hospitalier d'Aleg	9 928 400	49,6%
Centre de Santé d'Aleg	6 990 800	35,0%
7 Postes de Santé	3 079 400	15,4%
DEPENSES	19 998 600	100,0%
Médicaments : reconstitution du stock	7 045 176	35,2%
Fonctionnement CH	2 563 326	12,8%
Fonctionnement CS	819 753	4,1%
Fond de sécurité	247 813	1,2%
Fonctionnement forfait	338 384	1,7%
Prime Gestionnaire	984 708	4,9%
Prime P.F.SR	121 298	0,6%
Primes du personnel	6 646 382	33,2%
Primes du PS	1 231 760	6,2%

La question ici est de savoir si ces proportions sont toujours adéquates, ou bien s'il faut les modifier, en fonction des besoins de financement des FOSA selon leur niveau de plateau technique et de profil d'activité. La répartition des revenus (qu'il faudrait augmenter comme on l'a vu plus haut avant même d'évoquer la question du subventionnement) est assise sur un calcul de proportions dont nous donnons un exemple ci-dessous (pour le mois de décembre 2015 à Aleg, avec une recette globale de 1.553.400 Oug. comptabilisée pour ce mois-là). Les proportions sont

fixées par avance (par exemple 38% de la recette vont à la reconstitution du stock).

Tableau 28. Répartition de la recette du FO (Ouguiyas) pour le mois de décembre 2015 à Aleg

RECETTES						
CH	765 000					
CS	534 100					
TOTAL	1 299 100					
TRANSFERT PS	254 300					
TOTAL	1 553 400					
REPARTITION DES RECETTES		Ventilation recettes PS		Ventilation recettes CH + CS		TOTAL
Consommables : reconstitution du stock		20%	50 860	38%	493 658	544 518
Fonctionnement HR		30%	76 290	8%	103 928	180 218
Fonctionnement CS				4%	51 964	51 964
Fond de sécurité				4%	51 964	51 964
Fonctionnement				2%	25 982	25 982
Prime gestionnaire		10%	25 430	4%	51 964	77 394
Prime P.F.SR				2%	25 982	25 982
Primes				38%	493 658	493 658
Primes PS		40%	101 720			101 720
TOTAL		100%	254 300	100%	1 299 100	1 553 400

La répartition de la recette devrait tenir compte des coûts observés (au moins directs si ce n'est par le biais des tarifications) et de la répartition effective de l'activité (comme c'est le cas aujourd'hui d'ailleurs), mais en revoyant les poids relatifs appliqués depuis l'origine du FO aux diverses prestations.

Parmi d'autres voies possibles pour adapter le dispositif du FO à son extension à l'ensemble des FOSA du pays, et notamment des hôpitaux, on peut en évoquer une, certes assez radicale, mais qui pourrait présenter quelques avantages aussi : la disparition du Forfait dans sa configuration de gestion actuelle, et son intégration (et sa gestion) dans les prestations de la CNAM. De la sorte, on n'aurait plus un système de gestion parallèle, coûteux et mal vu par nombre de FOSA. Mais ce paquet devrait être également en partie subventionné par des fonds extérieurs.

D'ailleurs, la question même de l'existence du dispositif « FO » peut être posée. En effet, son caractère vertical suppose un système de gestion et de rapportage séparé, alors que, dans tous les pays, les efforts sont engagés pour viser une couverture médicale universelle qui supposera la mise en œuvre de systèmes de gestion et de paiement des prestations aussi intégrés que possible pour en limiter le coût, accompagner le développement général des services de santé (pas seulement un de leurs aspects ou domaines d'intervention), et réduire la fragmentation actuelle des modalités de financement, de paiement et de gestion du secteur.

4.9 Sources possibles de subventionnement

Rappel TdR : Point 9 de l'étude = Proposer d'éventuelles sources de subventionnement.

Au vu des coûts et des tarifs appliqués pour les prestations gynéco-obstétricales et le FO, on peut dire qu'aujourd'hui le dispositif du forfait est en grande partie subventionné par les FOSA participantes elles-mêmes. Les salaires pris en charge et les subventions de fonctionnement versées par l'Etat aux structures de soins participent au financement, mais surtout des charges de fonctionnement, lesquelles n'ont pas été prises en compte dans la valorisation des coûts menée dans le cadre de la présente étude. Même si l'on raisonne en termes de coûts calculés sur la base des tarifs augmentés des médicaments et autres consommations, la prise en charge de ces coûts ne constitue en principe pas un subventionnement des coûts des prestations directement supportés par les FOSA. Le tableau ci-dessous synthétise cette situation.

Tableau 29. Emploi des financements disponibles dans les établissements hospitaliers

Types de coûts / ressources employées pour produire les prestations	Couvertes par le budget / les subventions de l'Etat	Prise en charge par le recouvrement des coûts et assurances	Pris en charge par d'autres sources de financement (autres subventions, dons)
Frais de personnel (*)	Fonctionnaires / personnels recrutés par la Fonction Publique	Personnels recrutés par l'hôpital directement ; primes du personnel	
Médicaments & consommables	Programmes de lutte contre la maladie	Autres maladies	Programmes spécifiques
Dépenses d'entretien	En partie	En partie	
Equipement	En partie	En partie	
Autres dépenses	En partie	En partie	En partie

(*) incluent les salaires et charges patronales des personnels recrutés directement par l'hôpital, les primes, gardes et autres indemnités versées (y compris au personnel d'Etat).

De fait, les sources de financement des hôpitaux sont assez variées. Comme le montre le tableau suivant le recouvrement des coûts (ou « recettes propres » et de médicaments) (de 33,4% à 40,9%) et les subventions de l'Etat (de 34,3% à 52,1%) constituent les parts les plus importantes des revenus des structures hospitalières de l'échantillon.

Tableau 30. Sources de financement des établissements hospitaliers

Postes de recettes / revenus	CHME (2015)			CH Aleg (2013 - 2014)			CH Atar (2014)		
	prévu	réalisé	% (réal.)	Réalisé (2014)	réalisé (2013)	% (réal.)	prévu	réaménagé	% (réal.)
Reports exercices précédents	16 549 721	16 549 721	2,1%	482 854	22 969 626	8,1%	35 138 962	35 138 962	13,9%
Recettes propres	340 000 000	320 468 335	40,9%	67 471 230	103 656 138	36,4%	50 000 000	74 436 770	29,5%
Recettes médicaments ("valeur stock")			0,0%			0,0%	11 544 862	9 813 629	3,9%
Assurances	90 000 000	77 635 956	9,9%			0,0%	13 700 000	13 700 000	5,4%
Subventions de l'Etat	259 150 000	270 482 800	34,5%	129 843 784	148 460 592	52,1%	86 484 502	86 484 502	34,3%
Subvention salaires	15 974 000	33 172 398	4,2%			0,0%	12 886 280	15 604 114	6,2%
Complément budgétaire Etat	232 308 697	0	0,0%			0,0%			0,0%
Subvention Affaires Sociales	40 000 000	9 000 000	1,1%			0,0%	2 000 000	2 000 000	0,8%
Don du Président (Indigents)			0,0%			0,0%		10 000 000	4,0%
Subvention maintenance	14 500 000	6 000 000	0,8%			0,0%	3 000 000	3 000 000	1,2%
Subvention urgences	15 000 000	0	0,0%			0,0%	2 000 000	2 000 000	0,8%
Autres subventions	50 000 000	50 000 000	6,4%			0,0%			0,0%
Dons reçus			0,0%		10 000 000	3,5%			0,0%
Totaux	1 073 482 418	783 309 210	100,0%	197 797 868	285 086 356	100,0%	216 754 606	252 177 977	100,0%
Total dépenses		781 833 510			174 828 241			252 177 977	
Solde global		1 475 700			110 258 115			0	

Hors reports de résultats des exercices précédents, si l'on inclut les « subventions salaires », de maintenance, d'urgences et les subventions des Affaires Sociales, on aboutit à des parts de l'Etat oscillant entre 48 et 57% des montants perçus dans les 3 hôpitaux pour les années d'observation (donc sans tenir compte des reports d'exercices). La part revenant aux recettes propres et aux recettes d'assurances atteint de 40 à 52%.

Le « prix » du FO à proposer revient à un choix politique, puisque de son niveau dépend aussi le montant de la subvention que l'Etat (et d'éventuels bailleurs) serai(en)t disposé(s) à verser aux FOSA adhérentes. On a vu dans les simulations de la partie 3.6.2 quels niveaux de déficit (ou d'excédent) des comptes gynéco-obstétriques sont dégagés selon le prix du FO retenu. Avec un prix d'équilibre aux alentours de 23.000 Oughiyas, cela signifierait en gros un quadruplement du tarif actuel, ce qui ne paraît pas envisageable. Si on retient un tarif de l'ordre de 13-15.000 Oug., le déficit annuel avoisine 18 millions au CH d'Atar (et probablement plus en fait car le revenu calculé pour le CH devrait aussi en partie couvrir l'activité « FO » des CS et PS de la Wilaya). En 2014, le CH d'Atar a reçu 129 millions d'Oughiyas en subventions diverses (toutes publiques). 18 millions ne semblent donc pas une somme astronomique (l'équivalent de 14% de 129 millions). On peut supposer que les recettes directes de l'établissement (84,2 millions hors assurances) diminueraient d'un montant à peu près équivalent si le FO était adopté et que l'ensemble des consultations et actes de gynéco-obstétrique du périmètre FO pour un hôpital comme celui d'Atar était couvert par le dispositif. Or, on voit avec Aleg, par exemple, que ce n'est pas tout à fait le cas. Il est donc probable que la montée en charge de la couverture FO y serait progressive et incomplète. De ce fait la subvention nécessaire serait significativement moindre que celle calculée ici. Un tel scénario s'applique au CHME également.

Si l'Etat devait prendre en charge une telle subvention, Il faudrait prévoir pour cela une ligne budgétaire spécifique. Et il faudrait s'assurer que sa création n'impacterait pas le montant des autres subventions versées au titre du fonctionnement, « compléments budgétaires » et autres (tableau précédent). Par exemple, les statistiques du CHME pour 2015 indiquent 1.699 césariennes. Individuellement, leur coût, en base tarifaire, est estimé à 64.868 Oughiyas (voir partie 3.3.1.4). C'est ce montant qu'il conviendrait de reprendre, multiplié par le nombre de césariennes référées (110,2 millions pour 1.699 césariennes), pour

l'inclure au calcul du montant de la subvention à verser, pour les prestations éligibles au CHME. En 2015, le CHME a reçu 368,7 millions Oug. en subventions diverses (dont 50 millions d' « autres ») et a perçu 320,5 millions en recettes propres. Là aussi, on assisterait à un transfert des recettes vers des subventions.

La question, en définitive, est de savoir si l'Etat est en mesure d'assurer ce complément de subventionnement, tandis que les FOSA nouvellement adhérentes perdraient, potentiellement, un peu de leurs recettes propres. Et si l'on pousse la logique du raisonnement jusqu'au bout, la question est même posée de savoir pourquoi, alors, ne pas envisager tout simplement un subventionnement général des prestations gynéco-obstétriques, dans tout le pays. Le FO serait obligatoire pour toute femme enceinte (une façon de développer la couverture universelle par le biais d'une quasi-assurance), à des prix variables selon le statut socio-économique. Et l'Etat (ou un gestionnaire spécialisé comme la CNAM), collecteur de la recette du forfait, « achèterait » (payerait) les prestations aux formations sanitaires. Ce choix est justifié par le taux élevé des dépenses privées en santé en Mauritanie qui avoisine 51% des dépenses totales de santé et dont 43% sont des dépenses directes des ménages²⁴. De plus, près de 80% de la population n'a aucune couverture sanitaire contre le risque maladie.

4.10 Recommandation de modèle de convention type

Rappel TdR : Point 10 de l'étude = recommandation d'un modèle de convention type.

Remarques préliminaires :

Pour les hôpitaux régionaux / de Moughataa :

Les hôpitaux régionaux ou de Moughataa couvrent un territoire bien circonscrit. Ils sont en liaison avec un réseau de Centres de Santé et de Postes de Santé établis sur ce territoire et sont, pour le niveau primaire, les références de niveau supérieur dans la hiérarchie des soins. Donc, en principe, ils doivent assurer des relations de référence / contre-référence avec les structures du niveau inférieur. On constate bien entendu que, en l'absence d'une filière de soins établie (pas plus dans le cadre du FO que dans d'autres), des patientes se rendent à l'hôpital sans passer par le centre de santé, parce que c'est ou plus commode (proximité) ou plus rassurant (plateau technique et personnel). Si l'on applique le principe de la filière de soins, comme suggéré plus haut, on ne devrait donc, en principe, pas avoir de prestations préventives (CPN, examens, échographie) à l'hôpital. Ceci devrait être réservé au premier niveau de soins, donc aux Postes de Santé (PS) et aux Centres de Santé. C'est d'ailleurs un principe de l'organisation d'une pyramide sanitaire. Seules les risques associés à la grossesse et les complications sérieuses (de l'accouchement et/ou néonatales si on les inclut pour les CS non équipés et/ou ne disposant pas du personnel adéquat) devraient donc être prises en charge par les hôpitaux dans le cadre du Forfait. Cependant, et c'est à considérer peut-être au cas par cas, il se peut que l'accouchement eutocique puisse également être assuré au Centre Hospitalier. A Aleg, par exemple, le CS

²⁴ République Islamique de la Mauritanie. Ministère de la Santé Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire. *Rapport des comptes de la santé. Années : 2011-2012 et 2013.* Avril 2015.

qui se trouve à côté du CH ne pratique pas l'accouchement, ni la PEC pour les risques et complications (on ne trouve que des CPN, examens et échographies). Donc, pour la zone de couverture de ce CS, le CH peut en effet être considéré comme la structure assurant la partie obstétrique du Forfait.

Ce qui est dit pour la CPN et les autres prestations préalables et préventives, est aussi valable pour la CPON, mais, et dans ce cas précis, la discussion peut se tenir du lieu le plus adéquat pour la CPON. Si le système de référence / contre-référence fonctionne bien, en cas d'évacuation ou de référence, en principe la CPON devrait avoir lieu là où les CPN ont été effectuées. Mais peut-être que dans certains cas, avec complications, les femmes préfèrent retourner là où elles ont accouché.

Dans ce scénario, où l'on répartit les prestations en fonction du niveau technique de la FOSA (le tableau de la partie 3.5 suggère une répartition des prestations éligibles par type de FOSA), le FO ne prendrait donc pas en charge ces prestations (préventives, post-partum) si la patiente, même ayant payé le forfait, se présente à l'hôpital pour recevoir des prestations dévolues aux niveaux inférieurs des structures de soins, sauf si le Centre Hospitalier est spécifiquement admis au FO pour ces prestations pour des raisons de couverture géographique. Si la femme enceinte souhaite malgré tout se rendre dans un CH non admis au FO pour ces prestations, alors elle devrait les payer au tarif hospitalier. Est-ce réalisable ? Le FO, et au-delà, le système de santé, sont-ils prêts à appliquer les principes d'une filière de soins ? Ceci renvoie aussi à la nécessité, condition préalable, de faire fonctionner la référence / contre-référence. En effet, cette disposition, qui est une pierre angulaire également d'un système de santé hiérarchisé, doit aussi être appliquée en toute rigueur pour rendre crédible l'injonction du respect d'une filière. L'évacuation est prévue dans le Forfait, et elle doit donc être assurée sans coût pour la patiente. Et le suivi de cas doit être assuré et avéré. Ceci signifie que les dispositions sont prises (carnet, notations des personnels médicaux, communication entre ces personnels si nécessaire) pour le bon fonctionnement de la référence / contre-référence et la continuité des soins. Et ce fonctionnement doit être vérifiable et vérifié (par un dispositif de médecin-conseil par exemple – comme discuté ci-après). De même, la disponibilité des intrants nécessaires à la réalisation des prestations selon les protocoles cliniques admis et codifiés (par le PNSR) doit être assurée, ce qui n'est pas toujours le cas comme on l'a évoqué.

Le **conventionnement** entre le dispositif du FO et les structures de soins devrait donc inclure ces dispositions du respect de la filière de soins, ce qui n'est pas le cas, formellement, aujourd'hui. Il devrait aussi inclure la garantie de la disponibilité sans coûts supplémentaires pour les patientes des plateaux techniques et de tous les intrants nécessaires.

Vient ensuite **la question financière liée à l'intégration des hôpitaux** dans un dispositif qui ne les prévoyait pas. On l'a vu dans la partie 3.3.2, le Forfait, aujourd'hui, ne couvre pas les coûts estimés du paquet de ses prestations, même interprétées à minima par les FOSA. Il conviendrait donc d'en augmenter les ressources. Soit en augmentant le prix du Forfait, soit en versant une subvention de complément au dispositif – globale ou par territoire – ou par une combinaison des deux. Des calculs ont été menés, pour Nouakchott, Aleg, et pour le CH d'Atar qui donnent une idée des enjeux financiers selon divers scénarios de prix (partie 3.6.2). Par ailleurs, il conviendrait aussi d'appliquer des indices de poids des prestations révisés et des clés de répartition des sommes collectées calculées sur

une nouvelle base. La présente étude fait des propositions dans ce sens. Ceci assurerait une répartition plus juste de la manne du Forfait entre les FOSA y adhérant, hôpitaux régionaux ou de Moughataa compris.

Dans l'hypothèse, très probable, qu'un système de subventionnement ou compensation doive être mis en place, la question porte surtout sur la modalité d'« achat » des prestations qui seraient couvertes par le FO et la subvention afférente. A l'acte, au cas ? Le dispositif du Forfait est un type de financement au cas (le cas étant la grossesse). Le calcul de la subvention supposerait de rapprocher la perte de Recouvrement des Coûts (à l'acte pour l'essentiel) potentielle du montant estimé de collecte du FO revenant à l'hôpital, qui est, lui, estimé sur la base des cas (les Forfaits achetés par les femmes enceintes). Les références ici sont les coûts calculés sur la base tarifaire des FOSA (ou les tarifs de la CNAM dans l'hypothèse où le FO est administré par la CNAM).

Un modèle de convention type sera élaboré par l'expert juriste et proposé au Comité technique. Ce modèle constitue une première ébauche de convention destinée aux pouvoirs publics qui devront s'en saisir. Il est prévu que ce modèle contienne notamment les grandes rubriques de la convention entre le dispositif et les hôpitaux. Afin que le modèle de convention réponde au mieux aux attentes du comité technique, il est proposé qu'il soit réalisé sur la base des discussions entre le comité technique et l'équipe d'experts sur le présent rapport.

5 CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

Le dispositif du Forfait Obstétrical, à l'évidence, arrive à la croisée des chemins. Aujourd'hui offert de façon optionnelle, d'un taux de couverture finalement assez mal connu, il ne parvient pas à satisfaire tous les attentes qui avaient été placées en lui. En particulier, il ne donne pas satisfaction financièrement aux formations sanitaires adhérentes. Conçu pour une mise en œuvre au niveau de Centres de Santé urbains, son prix est très inférieur à ce que les FOSA peuvent tirer, potentiellement, d'une activité tarifiée à l'acte pour le même paquet de prestations. Il donne certes, en principe, un accès subventionné à ce paquet aux femmes bénéficiaires – quoique l'on sache que beaucoup finissent par encourir des dépenses supplémentaires. L'usage du FO, du fait qu'il n'est pas la seule façon d'accéder aux prestations gynéco-obstétricales en Mauritanie, comme les assurances de type mutuelle communautaire non obligatoires, peine donc à financer les prestations fournies. Et c'est notamment le cas dans les hôpitaux, comme au CH d'Aleg, autonome financièrement, dont la structure de coûts renchérit significativement le manque à gagner entre ce qui leur est versé des recettes du Forfait et ce qu'elles recevraient potentiellement si l'activité au FO était à l'acte. C'est donc aux structures sanitaires de subventionner, de facto, la différence.

L'analyse de coûts a montré qu'il existe des variations très fortes entre les cinq FOSA de l'échantillon, au-delà même des différences auxquelles on peut s'attendre en raison des trois niveaux de la pyramide sanitaire qu'elles représentent. Ceci traduit, notamment, le manque d'harmonisation entre les protocoles de prise en charge des patientes en gynéco-obstétrique, particulièrement pour les prestations lourdes (urgences obstétricales et néonatales). Le type de personnel disponible et les plateaux techniques peuvent expliquer ces forts écarts. Mais pas seulement. Il est probable – mais l'étude ne visait pas à le démontrer – qu'il y ait aussi des pratiques non conformes aux recommandations thérapeutiques ou protocolaires, soit pour des raisons économiques, soit par manque de compétence des personnels impliqués (qui peuvent par exemple prescrire plus qu'il n'est nécessaire afin de couvrir un spectre aussi large que possible d'évènements – ce qui est assez fréquent dans les cas où

des personnels de niveau inférieur sont amenés à délivrer des prestations qui dans d'autres circonstances le seraient par des personnels plus qualifiés).

Les dispositions originelles du forfait obstétrical doivent à n'en pas douter être révisées pour plusieurs raisons : parce que la structure des coûts a évolué depuis 2001, et parce que l'inclusion des hôpitaux n'était pas prévue dans les calculs originaux des coûts et des indices de poids relatifs des prestations. Il est même à envisager en réalité une refonte complète du dispositif, aujourd'hui finalement assez peu adapté aux exigences de la couverture maladie. L'opportunité se présente d'un passage à l'échelle nationale et « universelle » de la couverture des prestations gynéco-obstétriques, dans le cadre d'une politique qui reste à définir (ou à redéfinir) et à valider.

Mais un certain nombre de préalables sont à prendre en compte, quoi qu'il arrive. Tout d'abord il faut une clarification des pratiques à plusieurs niveaux : la répartition des prestations du paquet d'activité entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire, le respect de la filière de soins, et la standardisation des protocoles de prise en charge. Si ceux-ci ont été déjà en partie définis (dans les documents du PNSR), il s'agit à présent d'être plus précis quant aux types de prescriptions et de consommations qui peuvent être prises en charge par le FO, et qui constituent, de toute façon, ce qui devraient être les bonnes pratiques gynéco-obstétricales en Mauritanie. La définition de kits d'accouchement et d'un kit césarienne serait un pas dans ce sens. L'inclusion des soins obstétricaux et néonataux d'urgences, dont l'impact financier est relativement modeste, serait aussi à envisager. La mobilisation de la communauté des professionnels de la santé génésique serait également nécessaire ne serait-ce que pour établir les bonnes pratiques et les diffuser. Le PNSR, en tant que programme dédié du Ministère de la Santé, a là un rôle essentiel à jouer.

Le dispositif du Forfait Obstétrical est aujourd'hui géré localement (collecte des recettes et leur répartition entre FOSA d'une même zone où s'établit en principe la référence / contre-référence). Or l'inclusion d'hôpitaux nationaux dans son dispositif, comme le CHME ou le CHN, suppose une péréquation probablement difficile à administrer dans le cadre actuel.

Parmi les autres adaptations principales du dispositif à envisager on peut signaler l'inclusion un dispositif de contrôle médical. Il est important de noter qu'un médecin conseil est le pilier d'un dispositif de contrôle médical, et que cette fonction doit être indépendante de toutes considération de gestion financière. Il revient au Contrôle Médical de statuer, seul, sur la pertinence des prestations contrôlées, et de proposer le non remboursement ou l'application de sanctions, si des erreurs, voire des fraudes, sont avérées.

Assurément, l'inclusion d'un système de contrôle médical doté d'un médecin-conseil (gynécologue ou gynéco-obstétricien) impliquerait un coût supplémentaire pour le dispositif du FO. Il resterait à l'estimer. Si l'on s'appuie sur le coût documenté par l'étude d'un médecin gynécologue (de l'ordre de 250.000 Oug. par mois selon les données du CHME), on aurait un coût annuel de l'ordre de 3 millions d'Oug., plus frais de fonctionnement (transport, communication, dépenses divers), soit peut-être 4 millions au total, pour un médecin (on peut envisager ce dispositif avec un seul médecin au départ). Ceci serait, en principe, à répartir entre l'ensemble des forfaits achetés en une année. Mais ce n'est pas ainsi que les coûts des gestionnaires sont répartis : ils ne le sont qu'au niveau local, pour un

réseau de FOSA donné. Ce coût devrait donc être comptabilisé et financé à part. Une disposition envisageable pour ce faire est la création d'un poste de médecin conseil au PNSR, doté d'une ligne budgétaire propre. Il serait donc rémunéré par la Fonction Publique, directement, et disposerait de moyens de travail propres, y compris un véhicule. Le coût de cette fonction de contrôle médical n'aurait donc pas à être incorporée au calcul du coût du FO proprement dit, ni des subventions à verser aux hôpitaux de troisième niveau.

En conclusion, l'adaptation du dispositif du FO pour lui assurer une capacité à couvrir potentiellement l'ensemble des femmes mauritaniennes en âge de procréer et l'ensemble des formations sanitaires aptes à délivrer les prestations qu'il doit comprendre, passerait par :

- Une révision (et surtout une précision) du périmètre du FO – dans le sens d'une extension aux soins d'urgence obstétricales (encore mal couverts) et néonataux (qui ne le sont pas) ;
- Une révision des indices de poids relatifs des prestations afin de mieux tenir compte des besoins de ressources et coûts effectifs des différents niveaux de FOSA ;
- La standardisation des protocoles de prise en charge (par prestation – au-delà des normes des services de SR définis par le PNSR) et des prix des intrants, notamment au travers de la constitution de kits (accouchement, césarienne) et d'achats groupés, dans le cadre d'une gestion centralisée de l'approvisionnement, si possible ;
- L'autonomie de gestion du FO par les hôpitaux de troisième niveau (CHR et CHME – voir CHN s'il est associé également), donc avec facturation à l'acte des prestations retenues au FO, facturation adressée au gestionnaire du FO pour remboursement (les femmes n'ont rien à payer pour les prestations couvertes – sauf si elles les obtiennent hors du parcours de soins auquel cas elles les payent de leur poche) ;
- L'inclusion des hôpitaux de deuxième niveau au dispositif local du FO (par Moughataa), comme c'est aujourd'hui le cas à Aleg, là où l'hôpital remplit les fonctions du CS pour l'accouchement (couverture géographique oblige).
- La mise en œuvre effective de la référence / contre-référence et du parcours coordonné (ou filière) de soins ;
- La mise en place d'un dispositif de contrôle médical (pour l'ensemble du dispositif FO) doté d'un médecin conseil équipé et financé à part (pour raisons de commodité de gestion et de financement) ; sa localisation pourrait être au PNSR même ;
- La revalorisation probable du « prix du FO » : son prix actuel est largement dépassé par la réalité des coûts ; cependant, comme il s'agit d'un dispositif à but social, devant notamment permettre un meilleur accès à la SR des femmes à faibles revenus, cette revalorisation ne peut être importante et l'écart financier calculé dans les simulations de comptes d'exploitation doit être couvert par une subvention de l'Etat ;
- Une refonte du dispositif de gestion du FO, et, éventuellement, soit sa transformation en assurance obligatoire, soit son inclusion dans les dispositifs assurantiels gérés par la CNAM, ce qui poursuivrait plusieurs objectifs, potentiellement : réduire le coût de gestion par bénéficiaire, réduire la fragmentation des dispositifs de couverture maladie en Mauritanie, et en faire un instrument d'universalisation de la couverture maladie. Ceci aurait aussi l'avantage de mutualiser davantage le FO dans un cadre où toutes les strates

de la pyramide sanitaire participeraient, depuis le poste de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux. Dans un cas comme dans l'autre (ou dans le cas où les deux sont appliqués), une différenciation de sa tarification doit être étudiée, tant entre les régions du pays (en tenant compte de la disponibilité des plateaux techniques de référence), qu'entre les strates socio-économiques de la société mauritanienne. Par exemple, et dans la ligne de la volonté de créer un mécanisme d'accès spécifique pour les indigents, on pourrait envisager une tarification spécifique pour les populations recensées dans l'économie formelle (et ceci pourrait assez naturellement être administré par la CNAM), une autre pour les populations « indépendantes », et une gratuité pour les plus pauvres ou vulnérables (tels qu'identifiés par les dispositifs sociaux de référence).

6 ANNEXES

6.1 Annexe 1. Liste des documents consultés

- 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 ».
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Direction des Services de Santé de Base. Programme National de Santé de la Reproduction. Normes SR à l'hôpital régional. Edition révisée en avril 2008.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Direction des Services de Santé de Base. Programme National de Santé de la Reproduction. Normes des services de santé de la reproduction – Centre de Santé. Edition révisée en avril 2008.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Direction des Services de Santé de Base. Programme National de Santé de la Reproduction. Normes des services de santé de la reproduction – Poste de Santé. Edition révisée en avril 2008.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Direction des Services de Santé de Base. Programme National de Santé de la Reproduction. Politique des services de santé de la reproduction. Edition révisée en avril 2008.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Programme National de Santé de la Reproduction. Guide de Fonctionnement du Forfait Obstétrical en Mauritanie. Non daté.
- Dr Philippe Renaudin. Rapport de mission – 22/10/2011 / 03/11/2011
- Document originel du Forfait Obstétrical : Programme « Maternité sans risque dans la Wilaya de Nouakchott » - Propositions pour un forfait obstétrical.
- Renaudin P, et al. Ensuring financial access to emergency obstetric care: Three years of experience with Obstetric Risk Insurance in Nouakchott, Mauritania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2007). doi:10.1016/j.ijgo.2007.07.006.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé, Ministère des Finances, Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi. Arrêté Conjoint

n°1798 / MS/MEF/MFPE abrogeant et remplaçant l'arrêté conjoint 4 0320 du 8 février 2007 fixant les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux et de l'appareillage pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

- Jaak Labeeuw, Charles Gerhardt, Saleck Ould Jeireb, Youssouf Limame. Audit Institutionnel du Secteur de la Santé en Mauritanie. Novembre 2014.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la santé. Evaluation à mi-parcours du Projet d'appui à l'extension du forfait obstétrical. Philippe Vinard. Février 2011.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Revue des dépenses publiques de santé (RDPS) 2005-2010. Rapport Final. 2011.
- Agence Française de Développement, Agence de Nouakchott. Fiche : Appui au forfait obstétrical. Mai 2011.
- République du Bénin. Ministère de la Santé. Agence Nationale de Gestion de la Gratuité de la Césarienne (ANGC). Etude des coûts du dispositif de gratuité de la césarienne et d'autres prestations liées aux urgences gynéco-obstétricales et néonatales. Rapport d'Etude. Juin 2016. Auteurs : Olivier Appaix, Marcelle Totchenou, Thibaud Legba. Assistance technique à la mise en œuvre du Programme d'Appui à la Santé Maternelle et Infantile (PASMI).
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) Agence Française de Développement. Etude de cas. Forfait obstétrical : Une assurance santé pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle.
- République Islamique de Mauritanie. Ministère de la Santé. Carte Sanitaire Nationale de la Mauritanie. 2014.
- McMennamin, Thomas et al (2007): Cost and Revenue Analysis in Six Rwandan Health Centers. USAID.
- Peter Smith and Zsolt Mogyorosz, (2005) : The main methodological issues in costing health care services. A literature review. Center for Health Economics Research. University of York.
- Office national des statistiques. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2013). Synthèse des Résultats définitifs du RGPH 2013. ONS, 2016.
- Institut National de la Statistique. Enquête Démographique et de santé (EDSM-V) 2012-2013. Institut National de la Statistique, 2014.
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (Sénégal), 2014.
- Office National des Statistiques. Rapport final de l'enquête MICS 2011. 2014.
- Office National des Statistiques. Rapport final de l'enquête MICS 2015. 2016.
- République Islamique de la Mauritanie. Ministère de la Santé Direction de la Programmation, de la Coopération et de l'Information Sanitaire. *Rapport des comptes de la santé. Années : 2011-2012 et 2013.* Avril 2015.

6.2 Annexe 2. Réponses au questionnaire adressé aux formations sanitaires de l'échantillon d'étude

Si votre établissement adhère au Forfait Obsétrical :	CH Aleg	CS MINA	CS SEBKHA
Depuis quelle année ?	2009		2002
Quel est le paquet d'activités comprises dans le FO appliqué dans votre établissement ?	4 CPN; Accouchement toutes méthodes confondues (Césarienne incluse) examen labo et échographie. La consultation postnatale ne fait pas partie des prestations forfait offertes par l'hôpital. Les soins du nouveau-né ne sont pas inclus dans le forfait.	4 CPN; Accouchement normal (le CS n'offre pas la Césarienne) examen labo, échographie et consultation poste natale	4 CPN; Accouchement toutes méthodes confondues (Césarienne incluse), examen labo, échographie et consultation postnatale. Les soins du nouveau-né ne sont pas inclus dans le forfait.
Qu'est-ce qui a amené votre établissement à adhérer au FO ?	Décision administrative du Ministère de la Santé	Décision administrative du Ministère de la Santé	Décision administrative du Ministère de la Santé
Quels avantages y voyez-vous ?	Pour l'hôpital aucun avantage	Dans l'état actuel des choses il n'y a aucun avantage du forfait	Beaucoup d'avantages pour les femmes enceintes : (1) suivi de grossesse et diminution du risque de la grossesse; (2) permet un accouchement assisté; (3) réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles
Quels inconvénients ?	(1) Deux systèmes de gestion financière en parallèle avec : (2) une charge de travail de gestion énorme; (3) faible motivation du personnel; (4) réduction des ressources financières de l'hôpital	Le forfait ne remplit pas 10% de sa mission : rupture des médicaments, manque des consommables et réactifs. C'est un laisser-aller. Les patientes ne trouvent pratiquement rien en contrepartie de leur frais d'adhésion au forfait. L'interlocuteur des patientes c'est les personnels de santé et on s'en prend à lui régulièrement.	Les femmes ne sont prise en charge que dans les structures qui adhèrent au forfait. Elles ne bénéficient pas des avantages du forfait dans les autres structures qui ne sont pas adhérentes au forfait.
Comment voyez-vous l'avenir du FO (dans sa forme actuelle) pour votre établissement ?	Doit être reformé	Pour faire fonctionner le forfait il faut disponibiliser suffisamment les médicaments, les consommables et réactifs de laboratoire.	Un avenir prometteur
Quelle forme le FO devrait-il adopter à l'avenir (dans le contexte d'un établissement hospitalier comme le vôtre) ?	(1) réforme ; (2) introduction d'un système de contractualisation avec les CS; (3) décharger les hôpitaux des activités préventives CPN et CPON etc; (4) introduire un système de forfait propre à l'hôpital (les cotisations seront versées à l'hôpital et gérées avec les autres recettes de l'hôpital de façon indépendante des centres de santé et la DRASS)	Il faut un peu plus de suivi et une supervision régulière. Il faut une prise en main. Comme ce que fait Mr Renaudin, il suit le forfait et s'il y a une correction à faire il le fera.	Nécessite une amélioration : (1) améliorer la prise en charge de la grossesse ; (2) augmenter la cotisation

Si votre établissement n'adhère pas au Forfait Obstétrical :	HME	CH Atar	
Quelles raisons ont fait qu'il n'y adhère pas ?	Aucune demande d'adhésion au forfait n'a été reçue par l'hôpital.	Le Ministère de la santé n'a pas encore pris la décision d'introduire le forfait à l'hôpital	
S'il était appliqué tel qu'il est configuré actuellement, quels impacts envisageriez-vous pour l'établissement (activité, finances, personnel) ?	L'hôpital déposerait le bilan s'il adhère au forfait dans sa configuration actuelle. Il semble que cette expérience n'ait pas été une réussite dans les autres hôpitaux et je pense que l'impact du forfait sera négatif sur l'hôpital. Les ressources financières de l'hôpital seront diminuées et le personnel sera démotivé.		
Quelles conditions ou dispositions pensez-vous souhaitables de réunir pour que votre établissement adhère au FO à l'avenir ?	L'hôpital n'a pas un but lucratif mais il faut que les recettes engendrées couvrent les dépenses pour assurer une continuité des services. L'hôpital achète tout sur ses propres moyens. Trouvons donc une formule où les personnels seront motivés, les médicaments sont achetés sans rupture et on doit se concerter avec l'ensemble des acteurs du système et prendre en compte les préoccupations de l'hôpital en cas d'adhésion de l'hôpital au forfait. Dans le cadre du forfait, il faut prendre en charge la femme et l'enfant depuis le début de la grossesse jusqu'aux soins postnataux et les soins néonataux y compris la réanimation en cas de besoin. il faut réformer le système du forfait en commun accord avec l'ensemble des structures sanitaires.		
Autres suggestions ?			

6.3 Annexe 3. Données de calculs

L'annexe comporte, dans un premier temps, les feuilles de calcul qui compilent les calculs menés en amont par FOSA et par prestation (coûts directs) et mènent les calculs en coûts tarifaires et les synthèses de coût du Forfait Obstétrical selon divers scénarios de profil d'activité.

Dans un second temps, l'annexe comporte les tableaux de synthèse intermédiaire (avant les récapitulatifs ou synthèses finales qui sont dans le corps même du rapport sous forme de graphique ou de tableau).

Récapitulatif des coûts - CH Aleg																								
coûts en Oughiyas		Coûts unitaires par prestation :										Activité		Coût total FO (prestation)		Simulations FO (prestations du paquet gynéco-obstétrical)								
		par le coût direct					par les tarifs					sur Nb prest. enregistrées		par le coût direct		par les tarifs & prescriptions		Fréquences standards (simulation)		par le coût direct		par les tarifs & prescriptions		
Prestations valorisées :		personnel	médica-ments	Examens	consom-mables	équipes-ments	Total coût direct	consul-tations	médica-ments + consomm-ables	Examens	actes	hospita-lisation	autres	Total coût tarifaire / prescrit	Nb de prestations enregistrées	Nb de prestations dans le FO (*)	par le coût direct	par les tarifs & pres-criptions	Fréquences standards (simulation)	par le coût direct	par les tarifs & pres-criptions	Fréquences prévues (FO original)	par le coût direct	par les tarifs & pres-criptions
1. Prise en Charge Périnatale :																								
1.1. CPN dont : ✓																								
1.1.1. Consultation périnatale		483	2 370	0	482	0	3 334	500	2 851					3 351	2 971	2,365	3 993	4 034	4	4 782	4 851	3	4 299	4 351
1.1.2. Examens de laboratoire		1 080	0	3 420	0	0	4 500		0	9 300				9 300	1 997	1,590	7 156	14 787	1	4 500	9 300	1	4 500	9 300
1.2. Echographie		256	0	0	24	71	350		24		2 000			2 024	3 403	2,709	950	5 484	1	350	2 024	1	350	2 024
1.3. Consultation gynécologique		256	2 354	0	2 014	0	4 624	500	4 368					4 868	6 907	5,499	25 429	26 772	1	4 624	4 868		0	0
1.4. Prise en charge des pathologies liées à la grossesse dont : ✓																								
1.4.1. HTA		292	4 671	0	39	0	5 002	800	4 710	0				5 510	5	0,004	20	22	0,02	100	110		0	0
1.4.2. Infection urinaire		166	2 820	0	1 565	0	4 551	0	4 385					4 385	0	0,000	0	0	0,02	91	88	0,05	228	219
1.4.3. Hémorragie		1 804	6 484	0	2 404	0	10 692	800	8 888					9 688	20	0,016	170	154	0,01	107	97		0	0
1.4.4. GEU		1 073	10 841	0	6 948	0	18 862	0	17 789		20 000			37 789	0	0,000	0	0	0,001	19	38		0	0
2. Accouchement assisté :																								
2.1. Préparation à l'accouchement		1 225	510	0	1 769	0	3 504		2 279					2 279	1 256	1	3 504	2 279	1	3 504	2 279	1	3 504	2 279
2.2. Accouchement eutocique / normal (acte)		3 524	180	0	1 480	13	5 197		1 660		3 500			5 160	626	0,498	2 590	2 572	0,9	4 678	4 644	0,8	4 158	4 128
2.3. Accouchement dystocique (acte) dont : ✓																								
2.3.1. avec Episiotomie		1 512	320	0	5 907	13	7 752		6 227		3 500			9 727	409	0,326	2 524	3 167	0,02	155	195	0,1	775	973
2.3.2. avec Forceps		1 396	1 374	0	10 296	0	13 066		11 670		3 500			15 170	0	0,000	0	0	0,02	261	303	0,05	653	758
2.3.3. avec Ventouse		0	0	0	0	0	0		0		0			0	0	0,000	0	0	0,01	0	0		0	0
2.4. Prise en charge des urgences obstétricales liées à l'accouchement dont : ✓																								
2.4.1. PEC de l'Eclampsie		5 745	2 551	3 216	8 094	0	19 606		10 645	3 216	20 000	1 600		35 461	18	0,014	281	508	0,02	392	709		0	0
2.4.2. PEC de l'Hémorragie du post-partum		3 976	5 406	3 216	19 225	0	31 823		24 631	3 216	800	2 400		31 047	52	0,041	1 318	1 285	0,01	318	310		0	0
2.4.3. PEC de l'Infection		189	28 377	0	6 371	0	34 937		34 748	0	800	1 600		37 148	24	0,019	668	710	0,01	349	371	0,05	1 747	1 857
2.4.4. PEC de la RU avec hystérectomie		6 879	1 806	0	20 669	0	29 354		22 475	0	0	4 000		26 475	0	0,000	0	0	0,001	29	26		0	0
2.5. Césarienne dont : ✓																								
2.5.1. Actes anesthésique et chirurgical		5 019	1 791	0	8 094	0	14 904		9 885	0	20 000			29 885	221	0,176	2 622	5 258	0,05	745	1 494	0,05	745	1 494
2.5.2. Hospitalisation & soins de suite		1 870	12 366	0	2 652	0	16 888		15 018	0		2 400		17 418	221	0,176	2 972	3 065	0,05	844	871	0,05	844	871
3. Prise en Charge du Nouveau-né :																								
3.1. Soins simples du nouveau-né		204	368	0	1 160	0	1 732		1 528			0		1 528	1 066	0,849	1 470	1 297	0,95	1 646	1 452	0,95	1 646	1 452
3.2. Soins néonataux d'urgence / Réanimation du nouveau-né dont : ✓																								
3.2.1. PEC de la Détresse Respiratoire		1 512	2 218	0	239	0	3 969		2 457	0				2 457	25	0,020	79	49	0,02	79	49		0	0
3.2.2. PEC de la Prématurité		2 183	3 000	0	2 135	856	8 174		5 135	0	0	856		5 991	72	0,057	469	343	0,01	82	60		0	0
3.2.3. PEC de l'Infection		509	6 945	0	7 715	0	15 169		14 660	0	0			14 660	93	0,074	1 123	1 085	0,01	152	147		0	0
3.2.4. PEC de la Malformation							0		0					0		0,000	0	0	0,001	0	0		0	0
4. Surveillance Post-Natale																								
4.1. Consultation Post-Natale (CPON)		0	0	0	0	0	0		0	0				0	0	0,000	0	0	1	0	0	1	0	0
5. Evacuation sanitaire :																								
5.1. Transport médicalisé pour urgence gynéc		10 217	0	0	8 219	0	18 436		8 219				33 000	41 219	77	0,061	1 130	2 527	0,01	184	412		0	0
Coût total FO (selon PEC actuelle)																								
Coût total FO (PEC de toutes les prestations)																								
																	58 467	75 399		27 993	34 699		23 450	29 707

(*) fréquence moyenne pour une femme prise en charge

Récapitulatif des coûts - CS EI Mina		Coûts unitaires par prestation :											Activité		Coût total FO (prestation sur Nb prest. enregistrées)		Simulations FO (prestations du paquet gynéco-obstétrical)						
coûts en Oughiyas	par le coût direct						par les tarifs					Total coût tarifaire / prescrit	Nb de prestations enregistrées	Nb de prestations dans le FO (*)	par le coût direct	par les tarifs & prescriptions	Fréquences standards (simulation)	par le coût direct	par les tarifs & prescriptions	Fréquences prévues (FO originel)	par le coût direct	par les tarifs & prescriptions	
	personnel	médicaments	Examens	consommables	équipements	Total coût direct	consultations	médicaments + consommables	Examens	actes	hospitalisation												autres
1. Prise en Charge Prénatale :																							
1.1. CPN dont : ✓																							
1.1.1. Consultation prénatale	279	1 080	0	264	0	1 623	500	1 344					1 844	3 852	2,026	3 288	3 737	4	2 458	3 344	3	2 180	2 844
1.1.2. Examens de laboratoire	371	0	2 361	0	0	2 732		0	4 500				4 500	599	0,315	861	1 418	1	2 732	4 500	1	2 732	4 500
1.2. Echographie	236	0	0	338	66	640		338		2 000			2 338	1 655	0,871	557	2 036	1	640	2 338	1	640	2 338
1.3. Consultation gynécologique	149	420	0	39	0	608	500	459					959	253	0,133	81	128	1	608	959		0	0
1.4. Prise en charge des pathologies liées à la grossesse dont : ✓																							
1.4.1. HTA	372	60	0	39	0	471	0	99	0				99	0	0,000	0	0	0,02	9	2		0	0
1.4.2. Infection urinaire	0	1 430	0	39	0	1 469	0	1 469	0				1 469	0	0,000	0	0	0,02	29	29	0,05	73	73
1.4.3. Hémorragie	372	4 024	0	39	0	4 435	0	4 063	0				4 063	3	0,002	7	6	0,01	44	41		0	0
1.4.4. GEU						0				0			0		0,000	0	0	0,001	0	0		0	0
2. Accouchement assisté :																							
2.1. Préparation à l'accouchement	1 494	1 300	0	3 183	0	5 977		4 483	0				4 483	1 901	1	5 977	4 483	1	5 977	4 483	1	5 977	4 483
2.2. Accouchement eutocique / normal (acte)	180	830	0	25	8	1 042		855	3 000				3 855	1 612	0,848	884	3 269	0,9	938	3 470	0,8	834	3 084
2.3. Accouchement dystocique (acte) dont : ✓																							
2.3.1. avec Episiotomie	539	1 430	0	3 030	8	5 007		4 460	3 000				7 460	289	0,152	761	1 134	0,02	100	149	0,1	501	746
2.3.2. avec Forceps						0		0					0		0,000	0	0	0,02	0	0	0,05	0	0
2.3.3. avec Ventouse						0		0					0		0,000	0	0	0,01	0	0		0	0
2.4. Prise en charge des urgences obstétricales liées à l'accouchement dont : ✓																							
2.4.1. PEC de l'Eclampsie						0		0	0				0		0,000	0	0	0,02	0	0		0	0
2.4.2. PEC de l'Hémorragie du post-partum						0		0	0				0		0,000	0	0	0,01	0	0		0	0
2.4.3. PEC de l'Infection						0		0	0				0		0,000	0	0	0,01	0	0	0,05	0	0
2.4.4. PEC de la RU avec hystérectomie						0		0	0				0		0,000	0	0	0,001	0	0		0	0
2.5. Césarienne dont : ✓																							
2.5.1. Actes anesthésique et chirurgical						0		0	0				0		0,000	0	0	0,05	0	0	0,05	0	0
2.5.2. Hospitalisation & soins de suite						0		0	0				0		0,000	0	0	0,05	0	0	0,05	0	0
3. Prise en Charge du Nouveau-né :																							
3.1. Soins simples du nouveau-né	23	320	0	0	0	343		320	0				320	1 497	0,787	270	252	0,95	326	304	0,95	326	304
3.2. Soins néonataux d'urgence / Réanimation du nouveau-né dont : ✓																							
3.2.1. PEC de la Détresse Respiratoire	116	0	0	720	0	836		720	0	3 000			3 720	9	0,005	4	18	0,02	17	74		0	0
3.2.2. PEC de la Prématurité						0		0	0				0		0,000	0	0	0,01	0	0		0	0
3.2.3. PEC de l'Infection						0		0	0				0		0,000	0	0	0,01	0	0		0	0
3.2.4. PEC de la Malformation						0		0	0				0		0,000	0	0	0,001	0	0		0	0
4. Surveillance Post-Natale																							
4.1. Consultation Post-Natale (CPON)	371	60	0	39	0	470	500	99	0				599	1 226	0,645	303	386	1	470	599	1	470	599
5. Evacuation sanitaire :																							
5.1. Transport médicalisé pour urgence gynéc	0	0	0	0	0	0		0					0	0	0,000	0	0	0,01	0	0		0	0
Coût total FO (selon PEC actuelle)																12 909	16 721	13 726	19 259	13 734	18 972		
Coût total FO (PEC de toutes les prestations)																12 994	16 866	14 350	20 292	13 734	18 972		

(*) fréquence moyenne pour une femme prise en charge

Revenus (base FO)	CHME				CH Aleg				CH Atar				CS Sebkh				CS El Mina			
	Fréquence prestation	CNAM	Tarifs FOSA	FO	Fréquence prestation	CNAM	Tarifs FOSA	FO	Fréquence prestation	CNAM	Tarifs FOSA	FO	Fréquence prestation	CNAM	Tarifs FOSA	FO	Fréquence prestation	CNAM	Tarifs FOSA	FO
CPN	4,0000	0	2 384		4,0000	0	13 404		4,0000	0	9 905		4,0000	0	8 398		4,0000	0	7 376	
Ensemble des examens	1,0000	9 925	9 600		1,0000	9 925	9 300		1,0000	9 925	9 000		1,0000	9 925	2 000		1,0000	9 925	4 500	
Echographie	1,0000	4 800	4 669		1,0000	4 800	2 354		1,0000	4 800	2 354		1,0000	4 800	2 539		1,0000	4 800	2 338	
PEC HTA (y/c consul. gynéco)	0,0085	357	92		0,0040	167	41		0,0075	312	67		0,0097	407	89		0,0000	0	0	
GEU	0,0025	67	115		0,0000	0	0		0,0008	22	37		0,0002	5	7		0,0000	0	0	
Accouchement eutocique (*)	0,6417	18 935	15 416		0,4984	14 707	3 708		0,9511	28 065	5 800		0,5847	17 251	4 311		0,8480	25 021	7 070	
Acc.ment dystocique (*) (**)	0,0899	2 652	2 354		0,3256	9 609	3 910		0,0017	49	12		0,2986	8 812	2 314		0,1520	4 486	1 816	
Césarienne	0,2684	13 012	17 411		0,1760	8 530	8 323		0,0481	2 330	4 256		0,1167	5 658	4 569		0,0000	0	0	
Hystérectomie	0,0005	40	34		0,0000	0	0		0,0008	70	41		0,0002	15	9		0,0000	0	0	
PEC urgences néonatal. (***)	0,0403	3 012	1 929		0,1513	11 310	372		0,0406	3 035	81		0,0000	0	0		0,0047	354	18	
CPON (****)	1,0000	0	694		1,0000	0	0		1,0000	0	2 381		1,0000	0	1 758		1,0000	0	599	
Transport d'urgence	0,0000	0	0		0,0613	480	2 527		0,0066	52	415		0,0000	0	0		0,0000	0	0	
Totaux		52 800	54 698	6 500		59 527	43 939	5 500		48 608	34 349	5 500		46 874	25 994	6 500		44 586	23 717	6 500

(*) la CNAM ne considère que l'"accouchement par voie vaginale"

(**) par commodité (et parce qu'on le trouve dans les 5 FOSA) on prend ici l'accouchement avec épisiotomie comme base

(***) par commodité inclut la détresse respiratoire, l'infection néonatale, la prématurité, la malformation; le tarif CNAM appliqué se situe proche de la moyenne des tarifs existants pour les urgences néonatales

En jaune les fréquences "poussées" pour épouser les niveaux pris en charge dans le cadre du Forfait Obstétrical

6.4 Annexe 4. Termes de référence de l'étude

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 compte 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 incluses 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 moins 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.

6.5 Annexe 5. Méthodologie retenue avec le Comité technique

ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
BdD	Base de Données
CAMEC	Centrale d'Achats des Médicaments Essentiels et Consommables médicaux
CHME	Centre Hospitalier de la Mère et de l'Enfant
CHN	Centre Hospitalier National
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPN	Consultation Périnatale
CT	Comité Technique
FS	Formation Sanitaire
GEU	Grossesse extra-utérine
FO	Forfait Obstétrical
IRM	Imagerie à résonance magnétique
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
TdR	Termes de Référence

LEXIQUE

Un certain nombre de termes sont utilisés qui peuvent, parfois, prêter à confusion. Pour cette raison ils sont explicités en préambule du développement de l'approche méthodologique de l'étude.

- **Activité** : on se réfère ici à la mesure volumétrique des prestations fournies, le nombre de ces prestations. Dans l'analyse d'activité employée en comptabilité analytique, l'activité désigne le volume de prestations de services fournies par chaque service ou centre de coûts étudié. Par exemple, l'activité du bloc opératoire est le nombre d'interventions chirurgicales effectuées par le bloc.
- **Centre de coûts** : correspond à une entité bien définie au sein d'un établissement hospitalier (un « service » - voir définition plus bas), dans laquelle il est possible de circonscrire un ensemble bien défini de dépenses et de coûts qui peuvent lui être attribués. Ainsi, un centre de coût comme le service de maternité, a ses propres coûts (par exemple le coût direct de la journée d'hospitalisation) et des coûts d'autres services qui peuvent lui être en partie attribués (par exemple les coûts de buanderie, d'entretien, d'administration générale, etc.). A chaque centre de coût est associée une unité d'œuvre (voir la définition de ce terme).
- **Charge fixe** : la part des dépenses dont le montant ne varie pas directement en fonction du volume d'activité. Par exemple, les coûts de personnel (salaires, charges sociales, primes si elles ne sont pas liées au volume d'activité), les charges de structures (dont le coût de l'entretien et d'amortissement des bâtiments et des équipements), les charges financières, les impôts et taxes (hormis ceux directement liés au montant des recettes), etc.
- **Charge variable** : la part des dépenses dont le montant est directement lié au volume d'activité. Dans le domaine de la fourniture des soins de santé, ce sont, en général, les médicaments et autres produits pharmaceutiques et les consommables médicaux et médico-techniques (par exemple les pansements, les petits équipements jetables, les consommables de buanderie), pour l'essentiel. On peut aussi y trouver des éléments de coûts liés à l'emploi des équipements médico-techniques, comme l'énergie (carburant, électricité) si on peut les mesurer sans trop de difficultés (en général difficile).
- **Coût complet / coût partiel** : le coût « complet » reprend l'ensemble des éléments concourant au coût de revient d'une prestation de service ou d'un produit. Ceci inclut donc les charges directement liées à la production et à la fourniture de la prestation, mais aussi celles qui y sont indirectement liées (par exemple les charges de structure comme l'entretien des bâtiments, les charges de gardiennage, les frais d'administration, etc.). Le coût « partiel », a contrario, n'inclut qu'une partie des charges, en général celles le plus directement liées à la production et la fourniture de la prestation.

- **Intervention** : c'est un synonyme de « prestation » au sens où il se réfère à une prestation de service ; mais il s'applique pour définir un soin particulier destiné à parer à un épisode morbide. Il est souvent associé aux prestations de type chirurgical, ou au moins hospitalier (par exemple une hystérectomie est une intervention chirurgicale pratiquée pour sauver la mère notamment dans certains cas d'hémorragie). Si toute intervention est une prestation, en revanche, toute prestation n'est pas une intervention : par exemple la CPN n'est pas une intervention (on n'intervient pas sur un problème à résoudre, on ne soigne pas).
- **Objet de coût** : ce que l'on doit valoriser en termes économiques ou financiers. Par exemple, chaque prestation comprise dans le paquet du Forfait Obstétrical est un objet de coût en soi. Mais le FO lui-même peut être considéré comme un objet de coût si l'objectif de l'exercice de valorisation vise à en établir le coût. Mais ce coût résultera de la somme des coûts des prestations individuelles qui auront été préalablement valorisées séparément, en tant qu'objets de coûts propres.
- **Prestation** : l'ensemble des soins ou interventions et des autres activités menées au bénéfice des patientes ou patients dans le cadre d'une prise en charge d'un épisode morbide ou d'activités de prévention. Ainsi, le Forfait Obstétrical regroupe un ensemble de prestations, comme la CPN, l'accouchement, y compris l'accouchement par césarienne, les soins post-natals, la prise en charge des urgences obstétricales (césarienne mise à part), etc. Ce sont, dans le cadre de l'étude, les objets de coûts, ou sous-objets de coûts (si l'on considère le paquet du FO comme un objet de coûts en soi).
- **Service** : c'est l'entité, au sein de l'hôpital, qui fournit un type défini de prestations. Par exemple, le bloc opératoire délivre des interventions chirurgicales (pour le compte de services de spécialité comme la gynéco-obstétrique par exemple). Le service d'imagerie médicale est celui où sont réalisées les radiographies, les échographies (si c'est indépendant de la maternité ou d'une consultation de gynéco-obstétrique), les IRM, les scanners, etc. Le service d'entretien assure l'entretien des bâtiments, des parties communes, des installations, etc. Chaque service correspond à un centre de coûts en comptabilité analytique.
- **Unité d'œuvre** : c'est une unité de la mesure du volume d'activité d'un service donné. Par exemple, l'unité d'œuvre de la maternité peut être soit l'accouchement (pour mesurer le volume d'activité en nombre d'accouchements), soit la journée d'hospitalisation (pour mesurer l'activité du service en termes de volume d'hospitalisation). L'unité d'œuvre pour un service comme l'administration générale peut être la personne employée (en équivalent temps plein par exemple) dans les différents services de l'hôpital (en dehors de l'administration elle-même). Ce peut aussi être le nombre d'admissions dans les services de prestations aux patients.

INTRODUCTION

L'étude portant sur les coûts de prestations de santé maternelle de référence délivrées par les hôpitaux régionaux et nationaux, et devant mener à des propositions concernant un dispositif de contractualisation entre les hôpitaux et le dispositif du « forfait obstétrical », est d'une vaste ampleur et couvre un grand nombre de points de différentes natures impliquant des méthodologies spécifiques. Les résultats attendus sont très nombreux. Il s'agit donc, à l'évidence, d'une étude complexe dont il est beaucoup attendu. Elle revêt un caractère éminemment stratégique avec des conséquences en termes de politique et financières potentiellement très importantes.

Le présent document propose tout d'abord une revue des différents points qu'il est prévu d'aborder dans le cours de l'étude (les différents résultats attendus), en les commentant, afin de faire une proposition de méthode pour le traitement de chacun d'entre eux. Dans un deuxième temps, le document établit la démarche, en termes de tâches, qu'il conviendra d'appliquer pour mettre en œuvre ces méthodes. Et enfin, une proposition préliminaire de structuration de l'étude en étapes et en temps est faite.

Ce document est soumis à l'intention du Comité Technique (CT) de l'étude afin qu'il serve de base aux discussions et décisions qui seront à prendre pour passer à l'étape opérationnelle, dont, entre autres, le choix des formations sanitaires à enquêter et le choix de la méthode d'élaboration des coûts de revient des prestations.

COMMENTAIRE SUR LE PERIMETRE DE L'ETUDE ET LA METHODOLOGIE A ADOPTER

Remarques générales

Il faut tout d'abord souligner que le volume d'étude (les points ou sujets d'études), de résultats attendus, et donc d'activités à mener, est considérable. En outre, il s'agit d'une étude très attendue en raison du caractère stratégique qu'elle peut revêtir. Cependant, en regard de l'amplitude du travail à mener, les ressources imparties sont très limitées.

L'étude porte sur le secteur hospitalier mauritanien. Elle exclut donc les centres et postes de santé qui délivrent, pourtant, une partie des prestations du paquet « Forfait Obstétrical », notamment les CPN. A l'évidence, le coût d'une CPN ne peut être que plus élevé dans un environnement hospitalier qui n'est, en principe, pas le lieu le plus indiqué pour de telles prestations qui sont de nature préventive et de niveau de santé primaire. Cependant, et particulièrement en milieu urbain, en Mauritanie comme dans beaucoup de pays, la population se rend plus volontiers dans les hôpitaux où la perception de la qualité des soins est plus favorable. Par ailleurs, et comme signalé par le CT, les systèmes de référence / contre-référence sont souvent déficients, ce qui pousse dès lors les patientes à se rendre directement là où les soins et l'assistance sont prodigués en fin de processus (l'accouchement).

L'étude comporte 10 points, tels que définis dans les TdR. Les quatre premiers (état des lieux, analyse d'impact, analyse des modes de financement, calcul des coûts) sont quatre tâches assez distinctes les unes des autres. Les cinq suivants (couverture du forfait, modèle de tarification, modalités d'achat et de paiement des hôpitaux, mesures pour une meilleure rémunération des services, sources de financement) découlent, globalement, des quatre précédents, ou du moins les résultats de ces quatre premiers points seront utilisés dans les analyses concernant les cinq suivants. Le dernier (modèle de convention) est d'une nature un peu à part, mais utilisera également les analyses précédemment menées.

Etant donné que chaque niveau de la pyramide sanitaire fournit, en principe, des services différenciés, correspondant à des plateaux techniques de plus en plus sophistiqués au fur et à mesure que l'on monte dans cette pyramide, l'étude tiendra compte de cette différenciation dans ses méthodes et analyses. Ceci proviendra notamment des types de prestations délivrées par les différentes catégories d'hôpitaux étudiées. Une critique des systèmes où des forfaits sont appliqués, ou des subventionnements qui appliquent une tarification unique, est qu'ils ne tiennent pas compte de la diversité des situations, et ceci peut amener, comme on le voit en Mauritanie, au refus de participer de certains établissements.

Le nombre d'établissements hospitaliers qu'il conviendrait d'inclure dans l'étude va dépendre de plusieurs facteurs, dont :

- la complexité des points à enquêter et des informations et données à recueillir en conséquence (de faible pour les tarifs, à modérée pour les données d'activité et les agrégats financiers, à complexe pour l'ensemble des données nécessaires à l'élaboration des coûts) ;
- la disponibilité et l'accessibilité des personnes et des données ;
- les ressources imparties à l'étude.

Des contraintes existent, qui sont d'ores et déjà connues, comme par exemple l'éloignement (les distances sont grandes en Mauritanie et les temps de déplacement peuvent être longs), ou le mois de Ramadan qui commence le 6 juin et peut ralentir l'activité, surtout en périphérie, mais aussi le manque d'informatisation dans les hôpitaux régionaux.

Par souci de simplification et d'efficacité de la démarche de collecte des informations et données pour l'ensemble de l'étude, il est recommandé d'adopter un échantillon unique de Formations Sanitaires (FS) à enquêter pour l'ensemble des points de l'étude.

L'échantillon de FS doit répondre à la variété de besoins formulés par les points de l'étude. Pour cela il doit représenter les divers niveaux de la pyramide sanitaire, mais aussi le fait que certaines FS ont adopté le FO et d'autres pas.

Les contraintes de temps et de ressources de l'étude limitent le temps disponible à passer dans les FS et le nombre de déplacements qui peuvent être entrepris. Par ailleurs, les difficultés de communication sont réelles de même que la possible réticence des administrateurs à transmettre certaines informations jugées sensibles, surtout dans le domaine financier, en raison de leur autonomie de gestion. Cependant, avec un appui du Ministère de la Santé, cet inconvénient pourrait être en partie pallié, comme l'exemple du CHME semble suggérer (communication officielle). Il sera en tout état de cause nécessaire de se rendre pendant plusieurs jours dans chaque établissement pour effectuer le travail d'enquête.

Une proposition d'échantillon est effectuée dans la présente note, au point 1.4.3, du fait que c'est surtout le calcul des coûts des prestations (point 4 de l'étude) qui demandera le volume de travail de collecte le plus important. En tout état de cause, le choix des établissements à retenir devra être validé avec le Comité Technique (CT).

Dans les sous-parties suivantes nous revenons sur les principaux points de l'étude et les analysons pour définir ce qui semble la meilleure approche étant données les contraintes de ressources de l'étude.

Concernant l'analyse d'impact (point 2 de l'étude)

Une étude d'impact de la mise en place du FO a en effet déjà été menée sur financement de l'AFD sur la période 2000-2011 et sur l'ensemble du territoire²⁵ Qui

²⁵ Alexandre Dumont, Aline Philibert, Marion Ravit, Inès Dossa, Emmanuel Bonnet, Valéry Ridde. Etude d'impact du Forfait Obstétrical : analyse des données statistiques existantes. n° AFD/STR/RCH/2014-0011. Non daté.

avait eu pour objectif de mesurer l'impact sur « *i) le recours aux soins maternels et périnataux, ii) la disponibilité et la qualité des soins délivrés par les formations sanitaires et iii) la mortalité néonatale.* » Ce dernier point n'a pu être évalué. L'étude visait également à « *sonder la pérennité de tels effets, ainsi que leurs disparités entre territoires et catégories de population.* » Par ailleurs, une autre étude d'impact est en cours qui porte sur le volet qualitatif.

Les TdR précisent que l'analyse d'impact se concentrera sur « les budgets et la gestion des hôpitaux ayant participé au dispositif » du Forfait. Elle portera donc sur les difficultés rencontrées, l'impact sur l'utilisation des services, sur le plateau technique, sur la gestion et disponibilité du budget, sur l'éventuel manque à gagner des établissements adhérents au FO par rapport à ceux qui n'y adhèrent pas.

En lien avec l'analyse du financement des hôpitaux publics (point 3), les recommandations attendues de ce point de l'étude vont dans le sens d'une révision des clés de repartitions des recettes forfait entre les hôpitaux et les centres de santé adhérent au FO, et d'une proposition de modification éventuelle des modalités de financement des hôpitaux, par exemple au travers d'une subvention de l'état pour combler le déficit des hôpitaux.

L'étude devra tirer parti de revues statistiques portant sur l'activité des formations sanitaires, uniquement au niveau hospitalier, sur les données financières spécifiquement liées au FO (y compris les transferts en nature s'ils peuvent être quantifiés ou valorisés), et, éventuellement, sur les caractéristiques des services impliqués directement dans les prestations (personnel, équipement, dépenses en produits pharmaceutiques et autres intrants, etc.). Un outil d'enquête et une base de données ad hoc devront être développés. L'échantillon d'enquête devra se limiter à quelques établissements de chaque niveau de la pyramide sanitaire, avec des établissements participant au FO, et d'autres non.

Concernant l'analyse du mode de financement des hôpitaux publics (point 3 de l'étude)

Ce troisième point de l'étude constitue, en réalité, une étude en soi. Il nécessite le développement d'outils de collecte spécifiques (tableaux préformatés, questionnaire). L'expérience d'autres pays montre les difficultés auxquelles une telle étude peut être confrontée, même si elle se limite au financement du Forfait. Un appui institutionnel sera en tout état de cause nécessaire pour accéder aux données financières (comptes, rapports) des FS, comme les travaux préliminaires à Nouakchott l'ont d'ailleurs démontré. En raison de l'autonomie des hôpitaux, ceux-ci peuvent être jaloux de leurs données qui pourraient être exposées à un regard extérieur plus large, comme les premiers contacts avec l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Nouakchott l'ont laissé penser.

L'enquête devra en outre impliquer le Ministère de la Santé, celui des Finances, et la CNAM, du fait qu'ils sont des sources importantes de financement, en plus des recettes propres des établissements hospitaliers. Si des fonds transitent via les municipalités ou d'autres partenaires, il conviendra de les impliquer aussi.

L'échantillon d'établissements hospitaliers à enquêter sera le même que celui proposé aux points 2 et 4 (voir 1.4.3 pour sa présentation).

Discussion sur la méthode d'élaboration des coûts (partie 4 de l'étude)

Tout d'abord il convient de noter que l'étude porte sur le point de vue de l'hôpital, et non pas sur celui de la parturiente. C'est une distinction importante car cette dernière, même si elle adhère au FO, et donc ne verse en principe qu'une contribution de 5.500 ou 6.500 Ouguiya, peut, éventuellement, avoir à déboursier d'autres sommes, par exemple pour acquérir des produits pharmaceutiques et d'autres intrants non inclus aux kits (d'accouchement, de césarienne), ou dans le périmètre du forfait tel que défini par les textes ou tel qu'interprété par les hôpitaux adhérents. Les coûts de transport, par exemple, peuvent également être inclus dans l'approche « bénéficiaire » de la définition du coût. Les coûts de l'évacuation sanitaire sont d'ailleurs inclus au Forfait. La préoccupation des établissements porte sur le montant du remboursement qui leur est fait des coûts de prestations pour les femmes enceintes et parturientes qui adhèrent au forfait et viennent dans leurs services. C'est donc dans ce contexte et ce cadre que se situe l'enquête.

En raison du grand nombre de prestations incluses au FO, il convient de limiter la complexité de l'étude, et particulièrement de l'évaluation des coûts. Dans tous les cas, la méthode demandera un niveau avancé d'analyse, et notamment la description des protocoles cliniques effectivement appliqués par les services de soins.

Le champ de l'étude : les prestations à inclure

L'ensemble des prestations de services incluses, potentiellement, à l'étude, recouvrent les sept (07) prestations de base du Forfait Obstétrical. La catégorie des « autres soins obstétricaux d'urgence » peut, à son tour, être déclinée en au moins cinq (05) prestations de base en fonction des types d'urgence, et même davantage si l'on tient compte du fait que les hémorragies du troisième trimestre peuvent avoir au moins quatre causes. A cela il est prévu d'ajouter les urgences néonatales, qui sont au nombre d'au moins trois causes principales, et peuvent même être étendues à au moins cinq (05) si on leur inclut le syndrome hémorragique néonatal et l'ictère néonatal. On atteint donc un total d'au moins 16, et jusqu'à 20, prestations ou interventions, si on inclut et détaille les urgences néonatales. La liste potentielle de l'ensemble des interventions qu'il conviendrait, dès lors, de prendre en compte est présentée ci-dessous. Elle est indicative, mais elle correspond à l'identification faite à la fois dans les TdR (pour le FO) et d'autres travaux similaires menés ailleurs en Afrique de l'Ouest (le Bénin en l'occurrence).

Interventions ou prestations du paquet « Forfait Obstétrical » :

- Consultation Prénatale (CPN) ;
- Bilan prénatal en laboratoire ;
- Echographie (pas incluse à la CPN ?)
- Accouchement normal ;
- Accouchement dystocique ;
- Césarienne ;
- Autres soins obstétricaux d'urgence.

Les « autres soins obstétricaux d'urgence » sont une catégorie qui comprend, à titre indicatif, notamment :

- La prise en charge des hémorragies :

- du 3^{ème} Trimestre – qui peuvent être subdivisées en au moins 4 sous-groupes pour 4 causes différentes qui impliquent de ce fait 4 protocoles spécifiques :
 - rupture utérine,
 - placenta praevia,
 - éclampsie,
 - hématome rétroplacentaire;
- du post-partum immédiat.
- La grossesse extra-utérine (GEU) ;
- L'avortement hémorragique ;
- La grossesse molaire (ou môle hydatiforme) ;
- L'hystérectomie (qui est une des modalités de prise en charge des complications de l'accouchement), dont l'hystérectomie d'hémostase.

Les urgences néonatales comprennent (à titre indicatif – et en notant qu'il ne s'agit ici que des cas d'urgence tandis que les « soins néonataux » comprennent, heureusement, surtout des gestes simples et d'accompagnement pour le nouveau-né juste après la naissance et auprès de sa mère avant la sortie de la maternité, mais aussi après lors des visites post-natales / il faudra définir là aussi le périmètre de ces interventions) :

- La détresse respiratoire (ou asphyxie) ;
- Les infections néonatales ;
- La prématurité ;
- L'ictère néonatal ;
- Syndrome hémorragique néonatal.

Cette longue liste recouvre des prestations d'une grande diversité. Certaines ne sont que des consultations, voire avec quelques gestes comme la CPN, et qui doivent en principe être prises en charge au niveau primaire de la pyramide sanitaire, d'autres impliquent au contraire des protocoles cliniques complexes, comme dans le cas de la prise en charge des urgences obstétricales qui nécessitent des interventions chirurgicales, et dans les cas de complication, des hospitalisations prolongées. Elaborer le coût de revient de chacune de ces prestations est un travail considérable, quelle que soit la méthode utilisée. Le temps et les ressources imparties à la présente étude ne le permettent pas.

Il faut donc trouver un point d'équilibre entre les différents nécessités et contraintes de l'étude pour pouvoir la mener dans des conditions raisonnables et obtenir des résultats utiles, en rapport avec les objectifs de l'étude. Parmi ces facteurs, outre le nombre de prestations dont il faut élaborer le coût, on compte la méthode d'élaboration de ce coût et la disponibilité effective des données permettant l'emploi de la méthode proposée.

Il faudrait, pour tenir compte des contraintes évoquées, procéder au regroupement de la prise en charge de certaines affections, comme les hémorragies, afin de limiter le nombre de procédures à traiter. La question de l'inclusion des urgences néonatales dans l'étude doit également être évoquée. En effet, elles ne sont pas prévues dans le FO. Elle pourrait se justifier s'il est envisagé d'inclure la prise en charge de ces urgences dans le FO. Mais, alors, l'ensemble des soins prodigués au nouveau-né à la maternité, quel que soit sa condition, semblent qualifiables, et non seulement les cas d'urgences. Ceci pourrait d'autant plus se justifier que

l'accouchement est inclus au forfait, quel que soit son type. Mais le travail supplémentaire pour l'élaboration du coût des prestations est également à prendre en compte.

En conséquence, afin de maintenir un niveau suffisamment fin d'analyse, mais de ne pas surcharger l'exercice qui sinon deviendrait difficile à mener, il a été conclu de ne pas retenir les urgences néonatales, du fait qu'elles ne sont pas dans le FO, mais de conserver un bon niveau de détail des urgences obstétricales, avec la prise en charge des hémorragies du 3^{ème} Trimestre, celles du post-partum, et les autres cas (GEU, grossesse molaire, avortement hémorragique, hystérectomie). En tout état de cause, différents hôpitaux (et surtout niveaux d'hôpitaux) fourniront tout ou une partie seulement de ces services. L'enquête appliquera donc un niveau de détail conforme aux pratiques en cours dans les établissements de l'échantillon.

La modélisation des coûts

Facteurs influant sur le choix de la méthodologie de modélisation des coûts

D'une manière générale, dans ce type de travaux, le choix de la méthodologie de valorisation des coûts dépend de plusieurs facteurs :

- A. La disponibilité et l'exploitabilité des données (quelles données sont facilement accessibles et déjà dans un format utilisable par l'étude, quelles données sont accessibles mais demanderaient des retraitements, quelles données ne sont pas accessibles ou inexistantes et nécessiteraient d'être produites de toute pièce par l'étude).
- B. Le nombre de structures qui seront retenues dans l'échantillon d'étude. Plus il y en a et plus la méthodologie sera simplifiée, et donc moins on pourra être précis et détaillé.
- C. Le nombre de prestations (ou objets de coûts) inclus dans l'analyse.
- D. La disponibilité des personnes ressource (pour la description des protocoles de prise en charge, la fourniture des données statistiques et financières, etc.) et le suivi de la collecte (compléments d'information et vérifications de données).
- E. L'accessibilité des données, en particulier des données financières, surtout dans un contexte d'autonomie de gestion des établissements hospitaliers (ils sont tous autonomes désormais).
- F. Le temps et les ressources allouées (par exemple pour le travail de collecte, les déplacements, les communications, le développement de la base de données et du modèle de valorisation, etc.) parce que si la définition des outils n'est pas en soi le problème (c'est une question technique), la difficulté va en fait résider dans le processus de collecte, avec, comme le montre l'expérience, des allers-retours nécessaires avec les hôpitaux et leur personnel, etc. Il faut, à ce titre, prendre en compte la superficie très grande de la Mauritanie. Par exemple pour aller à Nema il faut deux jours uniquement pour le voyage aller-retour. Il faut également tenir compte du temps global imparti à l'étude, qui revêt un caractère stratégique et pour laquelle l'attente du CT est élevée et assez immédiate. Or, à partir du 6 juin, période la plus chaude de l'année, a lieu le mois de Ramadan, qui rendra très difficile le travail en périphérie.

La méthode analytique

Une méthode analytique assure l'identification des coûts directs à chaque prestation et l'allocation des coûts indirects (charges de structures et autres). Ceci

suppose notamment l'existence d'une comptabilité analytique et la compilation d'une base de données très dense pour chaque hôpital.

Parmi les données nécessaires on peut citer :

- la répartition du personnel par service et leurs coûts respectifs ;
- les temps consacrés par ces personnels à chaque type de prestation qu'ils fournissent ;
- la répartition des équipements ;
- les dépenses de produits pharmaceutiques et autres consommables médico-techniques par service et par type de prestation ;
- etc.

Nombre de ces données, et notamment celles qui correspondent à la répartition des dépenses par service et par type de prestation, sont, en principe, le produit d'un travail analytique, qui demande un système de comptabilité analytique, en général inexistant dans les hôpitaux de zone ou même de niveau régional et, rarement, dans les hôpitaux de niveau national. Ce système emploie un modèle d'allocation en cascade des coûts des différents centres de coûts ou services identifiés, du niveau le plus général (ou indirect) jusqu'au niveau le plus spécifique (ou direct), celui où les prestations sont délivrées.

Ce travail analytique nécessite, en outre, de s'entretenir avec tout un ensemble de professionnels des soins, au sein de chaque structure enquêtée, dans les différents services impliqués (gynéco-obstétrique, maternité, chirurgie, anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.). Il s'agit donc d'un travail en profondeur qui peut demander plusieurs jours par structure, et, l'expérience le démontrant, un suivi et plusieurs allers-retours, au moins par le biais des moyens de communication à disposition, pour vérifier, préciser, corriger les données collectées.

Un tel modèle requiert une grande richesse d'information dont les premiers éléments d'enquête menés, auprès de l'hôpital d'Aleg, indiquent qu'elle n'est pas disponible. Dans cet hôpital, qui est de niveau régional, on dispose de statistiques d'activité par type de prestation, mais les données financières communiquées semblent insuffisamment détaillées pour être exploitables dans le cadre d'une approche analytique du coût de revient des prestations. La solution serait de compléter les données directement accessibles par des recueils complémentaires à partir des registres des services et livres de comptes des structures hospitalières. **Cela impliquerait une importante mobilisation de ressources en personnel et en temps, dont ne dispose pas l'étude..**

Méthodologie modulaire :

Compte tenu de l'inexistence constatée d'une comptabilité de type analytique dans les FS, **il serait plus efficace d'adopter une méthodologie modulaire ou mixte, associant, par exemple, la tarification de certains actes et certaines dépenses hors actes.**

Cette méthode, qui est également de nature analytique, nécessite des entretiens avec les praticiens pour décrire les protocoles appliqués et identifier les éléments de coûts spécifiques. Elle peut aussi amener à consulter des registres pour préciser les statistiques disponibles. Elle a l'avantage de fournir une estimation de coût qui peut être facilement confrontée aux tarifications appliquées et aux coûts directement constatés par les FS, ainsi qu'aux coûts encourus dans les structures hospitalières par les parturientes qui n'adhèrent pas au Forfait.

La méthode proposée doit s'adapter, en outre, à la réalité du terrain. Les différents niveaux de la pyramide sanitaire (au moins pour ce qui concerne les structures hospitalières) supposent des plateaux techniques et des protocoles différents. Le niveau d'information sera aussi probablement différent d'une formation sanitaire à l'autre, ou au moins d'un niveau de la pyramide à l'autre. Il faudra donc adapter la méthode à ces réalités.

On peut envisager un cadre d'approche de la façon suivante (à moduler en fonction de ce que les tarifs recouvrent) :

- Description des prestations (protocoles cliniques) ;
- Tarification appliquée pour les actes (anesthésie, chirurgie, pansements, etc.) ;
- Coût des consultations (tarifs appliqués) ;
- Coût des examens (sur la base de leur tarification ou sur la base d'une analyse plus fine si possible – mais c'est douteux car un examen est en soi une prestation complexe) ;
- Coût d'hospitalisation sur la base de la tarification en vigueur ;
- Coût des intrants hors actes (kit d'accouchement, kit césarienne, autres médicaments et produits prescrits, consommables) ;
- Dépenses de transport (référence) si prises en charge par l'hôpital ;
- Autres dépenses.

Ceci amènera à la production d'un coût approchant le coût complet – si les tarifs des prestations qui seront utilisés tiennent compte des coûts de structure de l'hôpital – mais pas selon une méthode analytique avec construction de coûts partiels pour chaque service et leur déversement en cascade.

Pour certaines prestations pour lesquelles une allocation de coûts directs peut être obtenue sans trop de difficultés (mais en exploitant cependant les données comptables rendues accessibles), il sera peut-être envisageable d'effectuer un calcul ad-hoc, mais de coût partiel seulement. Ceci pourrait être appliqué, par exemple, pour une prestation comme l'échographie, pour laquelle une valeur d'équipement, les temps d'emploi (totaux et pour une femme enceinte) peuvent être collectés.

Idéalement on visera un coût unitaire pour chaque prestation (ou objet de coût) retenue, et pour chaque hôpital de l'échantillon.

Proposition du modèle de calcul de coût de l'étude

Dans l'optique de l'application d'une méthode modulaire du coût de revient, on peut envisager un modèle appliquant, par exemple, seulement les coûts directs des services délivrant les prestations, et qui pourra s'appuyer :

- soit sur une analyse des ressources consommées dans ces services ;
- soit appliquer les tarifs établis par les hôpitaux pour les différentes prestations dans la chaîne de prise en charge de chaque prestation retenue (forme insatisfaisante sur le strict plan comptable mais peut-être plus facilement réalisable sur le plan pratique).

Pour la mise en œuvre de cette méthode, les informations à rechercher portent sur :

- La description des protocoles appliqués pour chacune des prestations dont les coûts sont à établir ;

- Les tarifs appliqués pour chacune des consultations et des actes posés (anesthésie, chirurgie, pansements, etc.) ;
- L'identification des consommations spécifiques (intrants – médicaments, produits pharmaceutiques et autres consommables) pour chaque étape du protocole ou acte posé ;
- L'identification des autres coûts directs éventuels (transports, examens effectués à l'extérieur, etc.) ;
- Les statistiques hospitalières (volumes d'activité) ;
- Eventuellement aussi, lorsque possible, les valeurs des équipements pour une répartition estimative de leur coût sur les temps d'utilisation (par exemple pour l'échographe ou le bloc opératoire).

Dans l'hypothèse où le test de la méthode révélait la possibilité d'affiner encore le calcul du coût unitaire par prestation à l'aide d'une répartition d'au moins une partie des coûts indirects sur le coût direct des prestations, cette méthode serait appliquée. Elle permettrait de s'affranchir au moins en partie de l'utilisation des tarifications. Un modèle de coût hospitalier, utilisant la technique du déversement des charges indirectes sur les charges directes, en fonction de clé de répartition à élaborer à partir d'unités d'œuvre à déterminer pour chaque centre de coûts, pourrait être alors appliqué. Ceci permettrait, idéalement, de calculer un coût de journée d'hospitalisation par exemple. Ce coût remplacerait le tarif appliqué par l'hôpital pour facturer le séjour (en maternité pour la parturiente par exemple). Tout ce qui pourra raisonnablement être fait pour approcher le coût de la prestation d'un coût réel issu d'une approche analytique sera entrepris, dans la limite des informations disponibles.

En fonction de l'information qu'il sera possible d'exploiter, on pourra appliquer un modèle de coût existant (de type « Core Plus » ou « Hospical » de Management Sciences for Health qui fonctionnent sous Excel) ou bien un modèle ad hoc adapté aux informations exploitables.

Etablissements hospitaliers à inclure dans l'échantillon d'enquête

Dans l'approche méthodologique (TdR de l'étude), les établissements envisagés pour l'échantillon d'enquête sont le :

- Le CHN et/ou l'hôpital mère-enfant de Nouakchott ;
- Un centre hospitalier régional autonome ;
- Un centre hospitalier régional de Wilaya.

Le PNSR et l'AFD ont émis le souhait d'un éventail plus large. Cependant, il est indispensable de tenir compte des contraintes évoquées dans la partie 1.1.

Avec une méthode d'élaboration des coûts de revient, et en fonction du nombre de prestations incluses à l'étude, il semble possible d'inclure au moins un hôpital par niveau de la pyramide (donc un hôpital de référence nationale, un ou deux de référence régionale, et un ou deux de niveau inférieur). Un maximum de quatre ou cinq structures est recommandé. En tout état de cause, si les tarifs sont harmonisés entre FS de même niveau, et si les plateaux techniques sont similaires à chaque niveau, la taille de l'échantillon n'a guère d'importance.

Il faut également signaler que désormais tous les hôpitaux sont des établissements autonomes. Ils ne se distinguent donc plus dans ce domaine qui aurait constitué un critère dans le choix des établissements à enquêter.

En appliquant ce principe, on pourrait s'orienter vers un échantillon d'un total de quatre hôpitaux, répondant aux exigences suivantes :

- Au moins un hôpital de référence nationale en matière de santé de la mère et de l'enfant ;
- au moins un hôpital de référence régionale ;
- au moins un hôpital adhérent au FO ;
- au moins un hôpital n'adhérant pas au FO.

Concernant les hôpitaux nationaux, il apparaît que la référence nationale en lien avec les prestations comprises dans le FO est l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (CHME) à Nouakchott. Il paraît donc pertinent de se concentrer sur cet établissement pour l'ensemble des analyses pour ce qui concerne le niveau de référence nationale.

Le tableau suivant présente l'échantillon proposé et les critères appliqués pour effectuer ce choix.

Hôpitaux retenus	Adhère au FO	Année d'adhésion	Distance de NKTT	Remarques / Critères
CHME	Non		0	C'est la référence nationale en matière de santé de la mère et de l'enfant
CH d'Atar	Non		700 km	Le volume d'activité y est plus important qu'à Akjoujjit (l'autre CH qui n'adhère pas au FO hors de NKTT)
CH de Kiffa	Oui	2005	600 km	FO installé depuis longtemps
CH d'Aleg	Oui	2009	250 km	La collecte d'information y a déjà commencé FO installé en même temps qu'au CH de Kaedi Sur la route de Kiffa (logistique simplifiée)

Remarques sur les points 5 à 9 de l'étude

Les points 5 à 9 de l'étude sont en réalité des analyses et la production de scénarii, recommandations et propositions qui résulteront en grande partie de la production des 4 points précédents.

Point 5 (identification des prestations qui pourront être couvertes par le forfait selon le niveau d'hôpital) :

Cet aspect de l'étude va dépendre de bien des facteurs, dont politiques et réglementaires, qu'il faudra identifier, lorsque possible, à l'occasion des analyses menées dans les points précédents. Parmi les facteurs plus facilement identifiables sont ceux sur lesquels l'étude aura travaillé : coûts des prestations, implications pour les hôpitaux de la mise en œuvre du FO, financement des hôpitaux.

Point 6 (proposition d'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) :

L'analyse de la documentation permet d'éclairer la situation actuelle de la tarification : il semble qu'un nouveau cadre de tarification des hôpitaux ait été récemment adopté.

Un « modèle » de tarification répondra d'abord à des objectifs et à des critères. Il faudra de toute façon commencer par les définir, et ceci ne peut être fait qu'en adéquation avec les politiques en place, avec les objectifs sanitaires et administratifs du pays. Il faudra notamment prendre en compte :

- les dispositions de l'autonomie financière des hôpitaux mais aussi leur volonté ou acceptation de leur participation au forfait (les TdR de l'étude rappellent qu'ils ne sont pas très satisfaits et n'y participent pas tous, notamment à cause du fait que la gestion financière du FO est externalisée et qu'ils ne rentrent pas dans leurs fonds) ;
- les modalités envisagées pour le financement dudit forfait ;
- etc.

Dans la proposition méthodologique initiale pour les deux études, il est indiqué que « Pour établir cette tarification, il est important de prendre en compte la réalité de la gestion financière des hôpitaux : les recettes ont diminué ces dernières années alors que les coûts sont restés relativement stables. Les tarifs pratiqués restent en dessous des dépenses, et les hôpitaux ne peuvent compter que partiellement sur les subventions de l'Etat pour combler ce différentiel. » Cette remarque renvoie également à ce qui est commenté au point 1.4. Il sera ici nécessaire de recueillir les informations précises dont on dispose à ce sujet, dont les études et autres rapports et documents qui documentent ce constat car il faut s'assurer que ce qui est avancé ici s'appuie sur des données effectives.

Si l'on réfléchit de façon tout à fait théorique, on pourrait, par exemple, envisager un modèle de tarification adapté au niveau de l'établissement (hôpital d'ultime référence ou référence nationale, hôpital de référence régionale, hôpital de district/département ou wilaya).

On pourra aussi envisager de présenter plusieurs scénarios.

Point 7 (Proposition de modalités d'achat et de paiement des hôpitaux de ces prestations par le dispositif du Forfait Obstétrical) :

Comme pour le point précédent, ceci est un sujet assez complexe qui demande de bien comprendre les tenants et aboutissants actuels de la mise en œuvre du FO (dont tous les critères mentionnés et sujets étudiés précédemment), et de savoir notamment quelles sont les orientations réglementaires. Faire des propositions dans ce domaine n'aura de sens que si elles peuvent aboutir à des décisions car de telles propositions supposeraient une refonte importante du dispositif.

Point 8 (Proposition si nécessaire de mesures permettant de mieux payer les services prestés par les hôpitaux) :

Découle du point précédent (et des analyses des points 3 et 4 en particulier).

A noter que l'intitulé de ce point dans les TdR précise que la modalité de mise en œuvre de ce point pourrait inclure : « 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 ». Mais c'est probablement indicatif et d'autres méthodes pourraient être envisagées en fonction des résultats des analyses.

A ce propos, une question ici sous-jacente est celle de l'accréditation / certification des structures délivrant les soins (et notamment dans le cadre du Forfait Obstétrical). Il conviendra de prendre en compte la réforme hospitalière, et de voir les dispositions actuelles ou à venir dans ce domaine (application de bonnes pratiques, respect de standards thérapeutiques, conformité des équipements et qualifications avec des standards, etc.).

Point 9 (Proposer d'éventuelles sources de subventionnement)

Ici, l'analyse demandera peut-être d'élargir le champ du financement en dehors du seul cadre des hôpitaux (à relier avec l'étude 2 sur le Fonds de Solidarité envisagé pour la prise en charge des indigents dans le cadre du FO).

Comme au point précédent, la clé de répartition des recettes du FO est évoquée. Il conviendra de recueillir cette information (dont nous disposons déjà pour certaines FS dont celles d'Aleg et de Kiffa), mais aussi de compiler les données d'activité et financières provenant d'un ensemble de FS, ce que l'enquête menée au point 3 permettra de faire.

Point 10 (recommandation d'un modèle de convention type)

Un modèle de convention type sera élaboré par l'expert juriste et proposé au Comité technique. Ce modèle constitue une première ébauche de convention destinée aux pouvoirs publics qui devront s'en saisir. Il est prévu que ce modèle contienne notamment les grandes rubriques de la convention entre le dispositif et les hôpitaux.

ACTIVITES A ENTREPRENDRE POUR CHAQUE POINT DE L'ETUDE

Est explicitée dans cette partie la démarche qui sera employée pour mener les travaux. Les tâches à mener sont décrites en reprenant la structuration de l'étude selon les TdR et la proposition initiale : elles sont décrites pour chacun des 10 points suggérés par le cahier des charges de l'étude sur le Forfait Obstétrical en milieu hospitalier (étude 1), partout où cela est d'ores et déjà possible. L'ordre de ces points est conforme à celui des TdR où leur présentation adopte une suite logique.

Etat des lieux

- **Recueillir les documents de base** (légaux, réglementaires, tarifaires, études de coûts hospitaliers, documents sur la santé maternelle et néonatale en Mauritanie et pays de la sous-région) :
 - L'étude tarifaire financée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ;
 - Etudes menées préalablement en Mauritanie pour l'établissement du Forfait Obstétrical (FO) ;
 - Autres études – de coûts hospitaliers en Mauritanie ;
 - Autres études – de coûts (santé maternelle et infantile en milieu hospitalier plus particulièrement) dans la sous-région (et au-delà – Afrique subsaharienne d'une façon générale à l'exception de l'Afrique australe) ;
 - Les textes légaux (décrets, arrêtés, lois) qui établissent le forfait obstétrical ;
 - Tenir compte de la réforme hospitalière et de ses effets ;
 - Pour les tarifs il convient de recueillir les textes nationaux les établissant, ou les documents (circulaires, notes de services, etc.) internes aux hôpitaux qui les fixent ; il faut aussi tous documents montrant comment ils ont été calculés ;
 - Parmi les autres informations à recueillir (et qui serviront dans l'ensemble des analyses des points suivants) : les clés de répartition des recettes du dispositif du FO, modalités actuelles de la certification / accréditation des FS ; textes / documents liés à la réforme hospitalière et sa mise en œuvre, etc.
- Intégrer le diagnostic de situation (exploitation des documents recueillis) dans un rapport d'étape qui comprendra aussi un point sur la méthode de valorisation des coûts finalement retenue en fonction des résultats de la phase de test. Ce rapport sera présenté au CT à l'issue de la phase de démarrage.

Analyse d'impact d'adhésion au forfait sur le budget et la gestion des hôpitaux

- **Définir l'impact :**
 - sur l'activité / l'attractivité de la structure de soins (au moins en santé maternelle et néonatale – notamment en termes de volumes d'activité, de taux d'occupation des lits, du nombre de lits, etc.) et sa conséquence en termes financiers / budgétaires – observation de l'évolution du niveau d'activité des services impliqués dans le FO et des ressources financières générées et des coûts associés ;
- **Recueillir les données auprès des FS de l'échantillon d'enquête :** volume d'activité pour les 7 prestations comprises dans le forfait obstétrical (depuis la mise en œuvre du dispositif dans chaque FS étudiée), données de tarifications appliquées par les hôpitaux participant au FO et montants des recettes tirées de ces prestations, volumes de remboursements / transferts financiers et en nature (médicaments ?) reçus en compensation. Recueillir aussi les caractéristiques des services impliqués directement dans les prestations (personnel, équipement, dépenses en produits pharmaceutiques et autres intrants, etc.).
- **Analyser / Etablir un diagnostic d'impact :** A partir des critères définis et des documents collectés, mener les analyses (évolution comparative des données statistiques par exemple sur plusieurs années) et produire une note tirant parti de ces analyses.
 - Production d'une base de données ;
 - Production d'une note d'analyse d'impact – chapitre spécifique du rapport d'étude.

Analyser les modes de financement des hôpitaux publics

On notera que depuis 2007, la gestion des hôpitaux est en principe autonome ; autrement dit, a priori, chaque établissement dispose de son propre mode de financement.)

- Recueil des données
 - Recueil des rapports qui auraient pu être écrits sur le sujet au cours des 5-6 dernières années ;
 - Recueil des budgets et plans d'action des structures hospitalières de l'échantillon ;
 - Entretiens avec les personnels impliqués dans la gestion (direction générale et direction financière de l'hôpital en particulier) ;
 - Recueil d'informations et de données complémentaires au Ministère de la Santé et au Ministère des Finances s'il y a lieu ;
 - Etablissement d'une base de données (et un ou des tableaux récapitulatifs) confrontant les dépenses globales des hôpitaux avec les ressources dont ils disposent / qu'ils parviennent à mobiliser (en identifiant leurs sources et leur affectation, lorsque pertinent).

- Etablir un état des lieux ou diagnostic de situation (exploitation des documents recueillis)
 - Production d'une base de données (ou complément de la BdD entamée à l'activité 2) ;
 - Production d'une note d'analyse des modes de financement – chapitre spécifique du rapport d'étude.

Calcul des coûts de revient des prestations en santé maternelle concernées par le forfait pour les hôpitaux

Ceci impliquera :

- En premier lieu : détermination des prestations qui seront retenues dans l'étude (voir la discussion au point 1.4.1). Nous avons proposé dans ce document une liste des prestations pouvant être intégrées à l'étude, compte tenu des contraintes évoquées. Le Comité Technique doit donner son avis, avant le démarrage de l'étude et la validation de la méthodologie sur la liste proposée. Cette liste devrait être vérifiée lors de l'étape de test des outils de collecte.
- Puis : détermination du périmètre ou de la configuration des prestations, c'est-à-dire l'identification des protocoles ou procédures de prise en charge clinique appliqués en standard (à voir avec les praticiens à Nouakchott – ou s'il existe des recommandations thérapeutiques / bonnes pratiques déjà établies et diffusées / publiées) – voir également la discussion au point 1.4.1.
 - Détermination des objets de coûts retenus pour l'analyse (et leur valorisation).
- Validation de la **liste de structures hospitalières** proposée comme échantillon de l'étude: cette liste, présentée dans ce document, doit être validée par le Comité Technique et révisée à l'issue de l'étape de test des outils – voir discussion au point 1.4.3.

En fonction de la méthodologie envisagée pour la valorisation des coûts des prestations (discussion au point 1.4.2) :

1. Identifier le type de données disponibles dans les structures hospitalières (données identifiées dans les activités 4.1 et 4.2)

Cette étape est franchie au cours de la phase de démarrage de l'étude, avec vérification lors de la phase de test (voir ci-dessous)
2. **Développer ou adapter les outils de collecte des données statistiques et financières**
3. Mener une **étape de test des outils** auprès d'une ou deux structures hospitalières pour vérification – nous avons identifié le CH d'Aleg, où le travail d'identification a déjà commencé, et le CHME.
4. **Réviser / adapter les objets de coûts et le périmètre de l'étude, ainsi que les outils** qui seront employés
5. **Développer la base de données** qui recueillera les données collectées (se basera en grande partie sur les outils qui devront avoir une capacité d'interface avec la base – un format proche, compatible)

6. **Recueil de l'information et des données (statistiques et cliniques) :**

- Décrire les protocoles de prise en charge pour chaque prestation (avec l'aide des praticiens) pour déterminer les temps et standards de prise en charge, les consommations spécifiques (coûts directs) ;
- Selon la méthodologie retenue : Mener une analyse d'activité (identification des services / centres de coûts impliqués dans les prestations, des unités d'œuvre de chaque centre de coûts – en fonction des données disponibles), recueillir les données de coûts / dépenses pour les intrants (charges directes et de nature variable), pour les équipements, etc, auprès des services concernés (comptabilité, service statistiques, service de facturation, pharmacie, etc.).

7. **Développer (long) ou adapter le modèle de coûts** – on pourra envisager d'adopter un des modèles existants conformément aux besoins, en fonction de leur accessibilité (il peut y avoir des problèmes de droits d'accès sauf si développement d'un modèle ad-hoc).

8. **Compiler la base de données** (statistique, de coûts)

9. **Appliquer le modèle de coûts** développé et adapté préalablement

Résultats :

- Production d'un modèle de valorisation des coûts ;
- Production d'une base de données ;
- Valorisation des coûts des prestations de services retenues dans les hôpitaux de l'échantillon ;
- Note présentant les résultats – chapitre spécifique du rapport d'étude.

Points 5 à 10

Pour les 5 points suivants de l'étude (rappelés ci-dessous), des scénarii devront être établis à partir des données recueillies dans l'état des lieux (points 1 à 3) et produites dans l'analyse des coûts (point 4). Chaque point fera l'objet d'une note ou chapitre spécifique dans le rapport d'étude.

PROCHAINES ÉTAPES ET SÉQUENCE DES ACTIVITÉS

Séquence des activités

A. Etape de démarrage

- A1. Finalisation de l'état des lieux (point 1 de l'étude)
- A2. Validation par le Comité Technique de l'approche méthodologique de l'étude ;
- A3. Développement des outils de collecte ;
- A4. Test des outils de collecte auprès d'une ou deux formations sanitaires (dont une à Nouakchott au moins – vérification auprès du CHME et test auprès d'un autre CH de type CH de Wilaya) ;
- A5. Adaptation des outils de collecte et, éventuellement, de la méthodologie, en fonction des résultats de ces tests ;
- A6. Développement du modèle de calcul des coûts (ou adaptation d'un modèle existant) et des bases de données ;
- A7. Présentation au Comité Technique de la méthode définitive, des outils de collecte, du calendrier (amène à confirmer des hôpitaux où l'enquête sera menée et du paquet de prestations dont les coûts seront déterminés). ;
- A8. Notification officielle de la conduite de l'étude auprès des FS retenues pour l'étude (notamment en préparation des communications qui leurs seront faites et des visites menées par personne en charge de la collecte) ;
- A9. Organisation logistique des visites auprès des FS de l'échantillon d'enquête.

B. Etape de terrain / collecte

- B1. Travail de terrain auprès des formations sanitaires et des autres sources d'information ;
- B2. Collecte des données et informations complémentaires autres que celles des FS (statistiques démographiques, épidémiologiques, réglementations, études, etc.) ;
- B4. Compilation de la base de données au fur et à mesure que les données sont transmises.

C. Analyses et production des résultats

- C1. Analyse d'impact du FO sur le budget et la gestion (point 2) ;
- C2. Analyse du mode de financement des hôpitaux publics (point 3) ;
- C3. Première élaboration des coûts (point 4) ;
- C4. Vérifications et compléments d'information ;

- C5. Seconde élaboration ou révision des coûts et élaboration de projections et scénarii ;
- C6. Traitement des points 5 à 10 (dont propositions ou recommandations, un modèle de convention, etc.).

D. Rapportage et diffusion des résultats

- D1. Rédaction du rapport final provisoire ;
- D2. Revue du rapport provisoire par le Comité Technique ;
- D3. Intégration des commentaires reçus / Elaboration du rapport final ;
- D4. Présentation et dissémination des résultats de l'étude (atelier).

Chronogramme préliminaire de la mise en œuvre de l'étude

On notera que des étapes semblent s'étendre sur d'assez longues périodes (comme par exemple la compilation de la ou des base(s) de données ou bien la rédaction du rapport d'étude) mais c'est parce que ces travaux se feront soit au fur et à mesure, soit en plusieurs sous-étapes qu'il n'est pas utile de détailler ici.

Le chronogramme se présente en mois et en semaines, et le nombre de semaines par mois est estimé en fonction du nombre de jours ouvrés tombant majoritairement dans un mois donné, pour les semaines coupées entre deux mois – d'où juin à cinq semaines et juillet à quatre, par exemple. Il prend en compte le mois de Ramadan qui a lieu à partir du 6 juin cette année et va rendre plus difficile le travail de collecte, notamment à l'intérieur du pays. Il est donc recommandé de concentrer la phase de collecte sur la fin mai et la première semaine de juin.

Globalement, le chronogramme s'étend sur près de quatre mois, ce qui est très court pour une étude d'une telle ampleur et aux domaines d'investigations si nombreux.

Calendrier estimatif de l'étude 1

2016	Avril				Mai				Juin					Juillet				Août					Septembre		
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3
A. Etape de démarrage																									
A1. Finalisation de l'état des lieux (point 1 de l'étude)																									
A2. Validation par le CT de l'approche méthodologique																									
A3. Développement des outils de collecte																									
A4. Test des outils de collecte																									
A5. Adaptation des outils de collecte et de la méthodologie																									
A6. Développement du modèle de calcul des coûts et des bases de données																									
A7. Présentation au CT de la méthode définitive, des outils de collecte, du calendrier																									
A8. Notification officielle de l'étude auprès des FS retenues																									
A9. Organisation logistique du travail de terrain																									
B. Etape de terrain / collecte																									
B1. Travail de terrain auprès des FS de l'échantillon d'étude																									
B2. Collecte des données et informations complémentaires autres que celles des FS																									
B3. Compilation de la base de données																									
C. Analyses et production des résultats																									
C1. Analyse d'impact du FO sur le budget et la gestion (point 2)																									
C2. Analyse du mode de financement des hôpitaux publics (point 3)																									
C3. Première élaboration des coûts (point 4)																									
C4. Vérifications et compléments d'information																									
C5. Seconde élaboration ou révision des coûts et élaboration de projections et scenarii																									
C6. Traitement des points 5 à 10																									
D. Rapportage et diffusion des résultats																									
D1. Rédaction du rapport final provisoire																									
D2. Revue du rapport provisoire par le CT																									
D3. Intégration des commentaires reçus / Elaboration du rapport final																									
D4. Présentation et dissémination des résultats de l'étude (atelier)																									

6.6 Annexe 6. Méthodologie de mise en œuvre présentée au Comité technique (24 mai 2016)

L'ETUDE DES COÛTS DE 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 »

MÉTHODOLOGIE DE MISE EN ŒUVRE

Nouakchott, 24 mai 2016

Les travaux menés

- Discussions avec les parties prenantes pour déterminer le panier de prestations / d'objets de coûts (PNSR, DSBN, DMH) – *manque la DAF*
- Discussions et tests internes pour le module de calcul des coûts (OA + MV)
- Test méthodologique : entretiens, visites et travail avec les personnels à Sebkhâ (sur plusieurs jours)
- Entretiens et visite au CHME
- Entretiens complémentaires avec la CNAM, l'AFD, le Dr Moktar Fall (membre équipe d'étude 1), le Pr Dah Khtour (étude 2), et deux directeurs d'hôpitaux (Aleg et Atar)
- Développement de 3 outils de collecte

Périmètre du FO / de l'objet d'étude

- Les TdR (mais sont anciens)
- Circulaire du 2 août 2011
- Possibilités d'interprétation (notamment sur les « soins intensifs » ou la « réanimation du nouveau-né »)
- Le FO est un dispositif conçu au départ pour le niveau primaire (PS/CS)
- Depuis quelques années implanté aussi dans les hôpitaux / mais c'est une « cote mal taillée »
- Objectif de l'étude : adapter le FO à cette nouvelle réalité / à l'intégration des hôpitaux dans le dispositif → leur proposer des dispositions financières et contractuelles qui soient satisfaisantes tout en respectant les intentions du Forfait (faciliter l'accès à la prise en charge de la santé reproductive)

Les prestations incluses à l'étude (et les objets de coûts)

1. Prise en Charge Prénatale :
1.1. CPN dont : ✓
1.1.1. Consultation prénatale
1.1.2. Examens de laboratoire
1.2. Echographie
1.3. Consultation gynécologique
1.4. Prise en charge des pathologies liées à la grossesse dont : ✓
1.4.1. HTA
1.4.2. Infection urinaire
1.4.3. Hémorragie
1.4.4. GEU
2. Accouchement assisté :
2.1. Préparation à l'accouchement
2.2. Accouchement eutocique / normal
2.3. Accouchement dystocique dont : ✓
2.3.1. avec Episiotomie
2.3.2. avec Forceps
2.3.3. avec Ventouse

2.4. Prise en charge des urgences obstétricales liées à l'accouchement dont : ✓
2.4.1. PEC de l'Eclampsie
2.4.2. PEC de l'Hémorragie du post-partum
2.4.3. PEC de l'Infection
2.4.4. PEC de la RU avec hystérectomie
2.5. Césarienne dont : ✓
2.5.1. Actes anesthésique et chirurgical
2.5.2. Hospitalisation & soins de suite
3. Prise en Charge du Nouveau-né :
3.1. Soins simples du nouveau-né
3.2. Soins néonataux d'urgence / Réanimation du nouveau-né dont : ✓
3.2.1. PEC de la Détresse Respiratoire
3.2.2. PEC de la Prématurité
3.2.3. PEC de la Infection
3.2.4. PEC de la Malformation
4. Surveillance Post-Natale
4.1. Consultation Post-Natale (CPON)
5. Evacuation sanitaire :
5.1. Transport médicalisé pour urgence gynéco-obstétricale

Méthode adoptée

- Application d'une méthode de calcul de coût modulaire, recourant à l'outil Core
- Trois outils de collecte :
 - Un outil pour le calcul des coûts directs des prestations
 - Un outil pour les données statistiques, de tarification, coûts divers
 - Un outil qualitatif (questionnaire auprès des chefs d'établissement)
- Envoi préalable des outils auprès des 5 FS au moins deux semaines avant
- Passage dans les FS pour compléter et vérifier les données collectées
- Collecte de données complémentaires (DRAS, MS, etc.)
- Compilation de bases de données
- Application du module de calcul de coûts
- Analyses des données recueillies pour les autres analyses (impact, analyse économique et financière)

Méthode d'élaboration des coûts

- Approche modulaire, tenant compte des :
 - D'une estimation du coût direct des RH (personnels spécifiquement impliqués dans les prestations du FO)
 - Des consommations directes (produits pharmaceutiques, consommables médicaux et réactifs de laboratoire)
 - Des autres coûts divers encourus (usage des équipements principaux spécifiques aux prestations)
 - Nécessite :
 - la description des protocoles de PEC : reprise des normes du PNSR + entretiens avec les personnels hospitaliers
 - Une importante collecte de données statistiques et de coûts des services et des prestations (consommations en particulier)

Echantillon des Etablissements Hospitaliers retenus pour l'étude

Etablissements retenus	Adhère au FO	Année d'adhésion	Distance de NKTT	Remarques / Critères
CHME	Non		0	C'est la référence nationale en matière de santé de la mère et de l'enfant
CS Sebkha	Oui	2002	0	C'est le CS / maternité de référence de la 1 ^{ère} introduction du FO en Mauritanie. Fait des césariennes. La collecte y a commencé (FS utilisée pour le test de la méthode)
CS Elmina	Oui	2002	0	Un des CS qui réfèrent au CS de Sebkha
CH d'Atar	Non		700 km	Le volume d'activité y est plus important qu'à Akjouijjt (l'autre CH qui n'adhère pas au FO hors de NKTT)
CH d'Aleg	Oui	2009	250 km	La collecte d'information y a déjà commencé FO installé en même temps qu'au CH de Kaedi

Outils de collecte

- Un guide avec instructions pour chacun des 2 outils Excel
- Une feuille par thème dans l'outil statistique (volume d'activité, tarifs, coûts divers)
- Une feuille par objet de coût dans l'outil de coût direct des prestations
 - Chaque feuille est bâtie de la même manière
- Un questionnaire qualitatif

Exemple : la prise en charge de l'infection du nouveau-né (extraits)

3. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE											
3.1. SOINS NEONATAUX D'URGENCE / REANIMATION DU NOUVEAU-NE											
3.2.3. PEC de l'INFECTION											
<i>Abréviations : ATL = Aide technicien de laboratoire; CPN = Consultation Prénatale (inclus examens de laboratoire); FO = Forfait Obstétrical; GEU = Grossesse Extra-Utérine; HTA = hypertension artérielle; IMS = Infirmier médico-social; PEC = prise en charge; TSS = Technicien Supérieur de Santé; RU = rupture utérine</i>											
A. Temps du Personnel consacré aux Prestations (indiquer le temps moyen passé pour une prestation en minutes) :											
	Catégories de personnel :										
Activités	Réceptionniste	Chauffeur	Sege-Femme	Gynécologue	Technicien de labo.	ATL	Accoucheuse Auxiliaire	IDE	Pédiatre	IMS	TSS
...											
...											
...											
...											
...											
...											
Total : Temps du personnel de prestation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

B. Produits pharmaceutiques, fournitures médicales et produits de laboratoire utilisés**B1. Médicaments et autres produits pharmaceutiques**

Article (nom générique)	Coût d'achat (Oughiyas)	Quantités par achats	Quantités utilisées par prestation	Coût total
Amoxicilline (boîte de 1000 comprimés à 500 mg)	20 000,00	1000,00	14,00	280,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
...				0,00
Total : Coûts pour cette prestation				280,00

C1. Equipements principaux utilisés uniquement pour les prestations*(échographe, table d'accouchement, table d'opération, moniteur, lampe, couveuse, ambulance, ...)*

Equipements principaux utilisés pour la prestation	Coût d'achat (Oughiyas)	Nombre d'années d'utilisation	Temps d'utilisation moyen par prestation (en minutes)	Coût par prestation
Echographe	4 000 000	8,00	20,00	112
...				0
...				0
...				0
...				0
...				0
...				0
...				0
Total : Coûts pour cette prestation				112

Questionnaire

- **Si votre établissement adhère au Forfait Obstétrical :**
 - Depuis quelle année ?
 - Quel est le paquet d'activités comprises dans le FO appliqué dans votre établissement ?
 - Qu'est-ce qui a amené votre établissement à adhérer au FO ?
 - Quels avantages y voyez-vous ?
 - Quels inconvénients ?
 - Comment voyez-vous l'avenir du FO (dans sa forme actuelle) pour votre établissement ?
 - Quelle forme le FO devrait-il adopter à l'avenir (dans le contexte d'un établissement hospitalier comme le vôtre) ?
- **Si votre établissement n'adhère pas au Forfait Obstétrical :**
 - Quelles raisons ont fait qu'il n'y adhère pas ?
 - S'il était appliqué tel qu'il est configuré actuellement, quels impacts envisageriez-vous pour l'établissement (activité, finances, personnel) ?
 - Quelles conditions ou dispositions pensez-vous souhaitables de réunir pour que votre établissement adhère au FO à l'avenir ?
- **Autres suggestions ?**

Phasage et activités et calendrier de l'étude

(en **bleu** ce qui est déjà fait; en **orange** ce qui est nouveau) – 2 diapos

A.	Etape de démarrage
A1.	Validation par le CT de l'approche méthodologique
A2.	Développement des outils de collecte;
A3.	Test des outils de collecte
A4.	Adaptation des outils de collecte et de la méthodologie
A5.	Développement du modèle de calcul des coûts et des bases de données
A6.	Présentation au CT de la méthode définitive, des outils de collecte, du calendrier
A7.	Choix définitif des hôpitaux de l'échantillon et des prestations à valoriser
A8.	Notification officielle de l'étude auprès des FS retenues
A9.	Envoi des outils de collecte aux FS de l'échantillon
A10.	Finalisation de l'état des lieux (point 1 de l'étude)
A11.	Organisation logistique du travail de terrain
B.	Etape de terrain / collecte
B1.	Renseignement des outils par les FS
B2.	Travail de terrain auprès des FS de l'échantillon d'étude
B3.	Elaboration de bases de données
B4.	Adaptation du modèle de calcul des coûts
B5.	Collecte des données et informations complémentaires autres que celles des FS
B6.	Compilation de la base de données

C. Analyses et production des résultats
C1. Analyse d'impact du FO sur le budget et la gestion (point 2)
C2. Analyse du mode de financement des hôpitaux publics (point 3)
C3. Première élaboration des coûts (point 4)
C4. Vérifications et compléments d'information
C5. Seconde élaboration ou révision des coûts et élaboration de projections et scénarii
C6. Traitement des points 5 à 10
D. Rapportage et diffusion des résultats
D1. Rédaction du rapport final provisoire
D2. Revue du rapport provisoire par le CT
D3. Intégration des commentaires reçus / Elaboration du rapport final
D4. Présentation et dissémination des résultats de l'étude (atelier)

Collecte des données - séquençement

Etapes de la collecte des données	Période	Qui
1. Envoi des outils aux 5 FS	Fin de semaine du 23 au 29 mai 2016	Ministère de la Santé (DSBN)
2. Remplissage des outils par les FS	Du 30 mai au 19 juin environ	Les chefs d'établissement avec leurs équipes
3. Travail de vérification, compléments et validation des données	Du 6 juin au 30 juin - CH Atar - CH Aleg - CHME - CS Sebkh - CS Elmina	Consultant national de l'équipe d'étude (Mr Mohammed Vadel)

Calendrier estimatif de l'étude 1

	2016				2016				2016				2016				2016															
	Avril				Mai				Juin				Juillet				Août				Septembre											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02
A. Etape de démarrage																																
A1. Préparation de la méthodologie																																
A2. Validation par le Comité Technique de l'approche méthodologique																																
A3. Développement des outils de collecte																																
A4. Test des outils de collecte auprès d'une ou deux FS																																
A5. Adaptation des outils et de la méthode																																
A6. Présentation au CT de la méthode définitive, des outils de collecte, du calendrier																																
A7. Choix définitif des hôpitaux de l'échantillon et des prestations à valoriser																																
A8. Notification officielle de l'étude auprès des FS retenues																																
A9. Envoi des outils de collecte aux FS de l'échantillon																																
A10. Finalisation de l'état de lieux (point 1 de l'étude)																																
A11. Organisation logistique des visites de terrain																																
B. Etape de terrain / collecte																																
B1. Renseignement des outils par les FS																																
B2. Travail de terrain auprès des FS et des autres sources d'information																																
B3. Elaboration de bases de données																																
B4. Adaptation du modèle de calcul des coûts																																
B5. Collecte des données et informations complémentaires autres que celles des FS																																
B6. Complétion de la (ou des) base(s) de données																																
C. Analyses et production des résultats																																
C1. Analyse d'impact du FO (point 2)																																
C2. Analyse du mode de financement des hôpitaux publics (point 3)																																
C3. Première élaboration des coûts (point 4)																																
C3. Vérifications et compléments d'information																																
C4. Révision des coûts et élaboration de projections et scénarii																																
C5. Traitement des points 5 à 10																																
D. Rapportage et diffusion des résultats																																
D1. Rédaction du rapport final provisoire																																
D2. Revue du rapport provisoire par Conseil Santé puis par le Comité Technique																																
D3. Intégration des commentaires reçus / Elaboration du rapport final																																
D4. Présentation et dissémination des résultats de l'étude (atelier)																																