



2<sup>e</sup> Conférence Internationale  
7-9 juin 2010, Washington, DC

Women Deliver  
588 Broadway, Suite 503  
New York, NY 10012  
Tel: +1.646.695.9100  
Web: [www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)

Pour des informations complémentaires,  
veuillez adresser un courriel à l'adresse  
suivante: [info@womendeliver.org](mailto:info@womendeliver.org)



# Cibler la pauvreté et l'inégalité entre les genres pour améliorer la santé maternelle

---

Synthèse

De Silvia Paruzzolo, Rekha Mehra, Aslihan Kes, Charles Ashbaugh

trouver des  
**SOLUTIONS**  
pour les filles  
et les femmes



## Introduction

Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année pendant l'accouchement ou des suites de causes liées à la grossesse. Pratiquement tous (99%) ces décès maternel surviennent dans des pays à faible revenu.<sup>2;3</sup> Ce risque de décès maternel est de 1 sur 30 000 en Europe du Nord par rapport à un taux de 1 sur 6 dans les pays les plus pauvres.<sup>4</sup> Pour chaque femme qui perd la vie en raison d'une grossesse, entre 15 et 30 femmes souffrent de maladies et de handicaps à vie.<sup>2</sup>

International Center  
for Research on Women

### AUTEURS

Silvia Paruzzolo  
Rekha Mehra  
Aslihan Kes  
Charles Ashbaugh

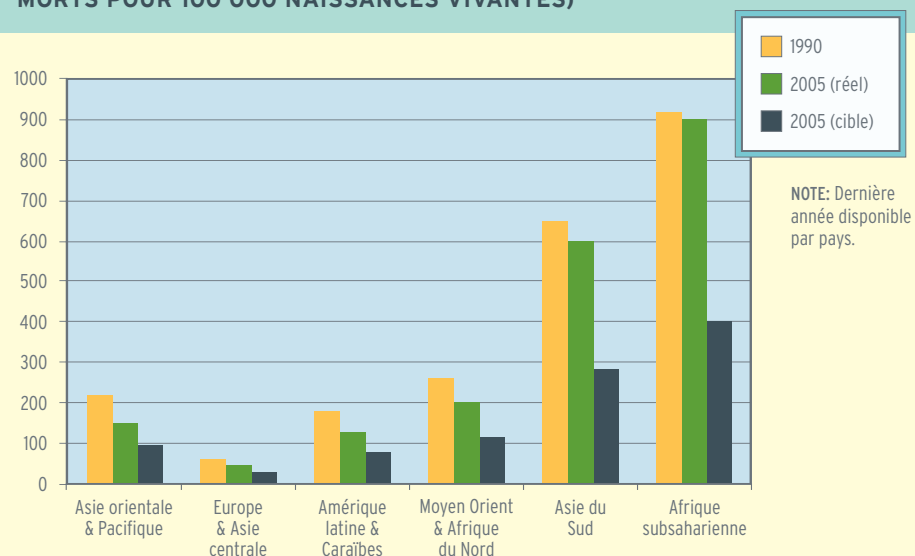
### RÉMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier Ann Starrs, Geeta Rao Gupta, Ellen Weiss et Rohini Pande pour leur relecture attentive et leurs commentaires techniques ainsi que Laura Kaufer et Gwennan Hollingworth pour leur excellente contribution aux recherches.

Ce résumé s'appuie sur un document portant le même titre qui sera accessible sur les sites Internet [www.icrw.org](http://www.icrw.org) and [www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org) d'ici juillet 2010.

Ce document a en partie bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale.

**SCHÉMA 1: RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE (ESTIMATION, MORTS POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES)<sup>1</sup>**



**ENCADRÉ 1: ACTION POLITIQUE POUR AMÉLIORER LES SOINS**

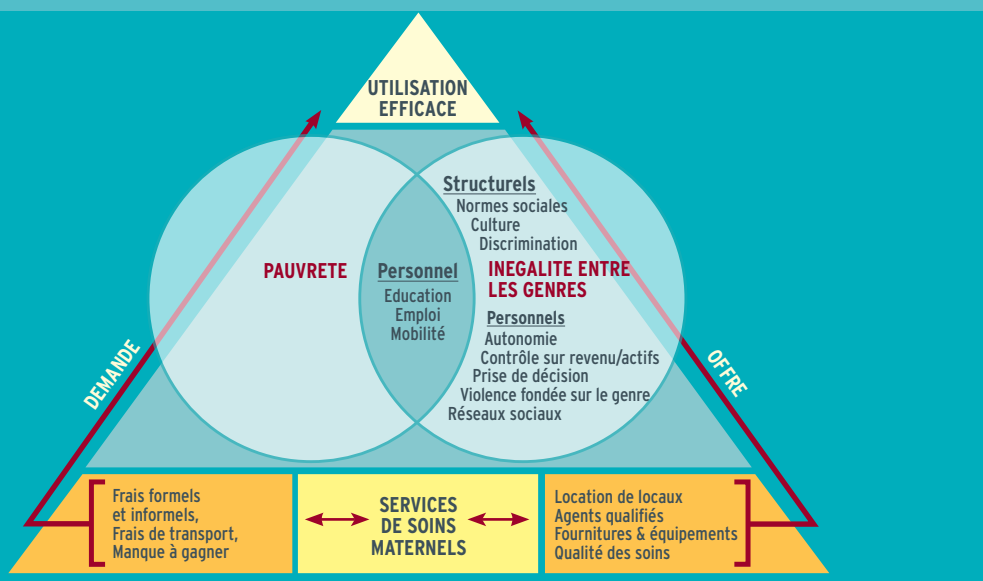
Pour intensifier les efforts en faveur des OMD liés à la santé et renforcer les systèmes sanitaires dans 49 des pays plus pauvres au monde, les dirigeants du monde entier ont instauré un Groupe de Travail sur le Financement International Innovateur pour les Systèmes de Santé en septembre 2008. Selon les recommandations du Groupe de Travail, les leaders mondiaux réunis à l'ONU en septembre 2009 ont engagé 5.3 millions de dollars supplémentaires pour améliorer les soins dans le monde, en se concentrant sur les femmes et les enfants et en créant un Consensus Global pour la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile. Le Népal, le Malawi, le Ghana, le Libéria et la Sierra Léone se sont engagés pour l'accès libre aux soins. Globalement, 10 millions de femmes et enfants devraient en bénéficier.<sup>8</sup>

En 2000, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté l'objectif 5 des Objectifs du Millénaire du Développement (OMD) "Améliorer la Santé Maternelle". L'objectif 5 repose sur deux cibles: cible a, Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle ; et cible b, Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici 2015. Dix ans après l'établissement des OMD, le progrès vers la réalisation de l'objectif de la santé maternelle a été au mieux limité.<sup>1</sup> Malgré une baisse de 2.5% du RMM de 1990 à 2005 et d'une légère baisse dans chaque région du monde,<sup>6</sup> les avancées restent trop limitées (voir schéma 1). La grande majorité des décès maternels (80%) est due à des complications subies par les femmes durant la grossesse, l'accouchement ou dans les six semaines qui suivent l'accouchement.<sup>7</sup> Une réduction significative de la mortalité maternelle pourrait être atteinte si des services de santé étaient à la disposition et utilisés par toutes les femmes durant leur grossesse et accouchement.

<sup>1</sup> Grâce à une nouvelle méthodologie, Hogan et al.<sup>5</sup> estiment que la mortalité maternelle globale était de 342 900 en 2008, soit une baisse par rapport aux 526 000 estimés en 1980. Bien que cela montre un progrès global pour atteindre l'OMD 5, seuls 23 des 181 pays observés sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de réduction de 75% d'ici 2015. La mortalité maternelle continue d'être à l'origine d'un nombre incalculable de pertes de vie évitables.

Cependant, pour atteindre ce but, ce document explique que le fait de cibler la pauvreté et l'inégalité entre les genres, éléments qui ont un impact sur la demande et l'offre de services de soins de santé maternelle, est fondamental. Une telle approche est essentielle pour maximiser une volonté politique accrue et des investissements plus importants afin d'améliorer les soins, y compris les soins de santé maternelle (voir encadré 1). Ce document examine les obstacles que représentent la pauvreté et l'inégalité entre les genres pour l'accès et le recours aux soins de santé maternelle et par la même occasion, leur impact sur la mortalité maternelle. Il présente également les résultats clés d'une analyse des effets des différentes stratégies ayant pour but d'accroître le recours aux services de soins maternels. Différents niveaux d'efforts sont nécessaires pour accroître la disponibilité et le recours aux soins prénatals, services d'accouchement et soins postnatals. La plupart des recherches et programmes relatifs aux soins de santé maternelle à ce jour, privilégient les deux premiers niveaux de soins maternels tandis que les services de soins postnatals bénéficient d'une attention moindre, et nous tâchons de faire la démonstration de cet état de fait dans notre analyse. Un des aspects fondamental de l'analyse porte sur les résultats obtenus et sur les avantages obtenus par les femmes les plus pauvres et les plus défavorisées.

**SCHÉMA 2: LES FEMMES AU CŒUR DES SOINS MATERNELS:  
FACTEURS DÉTERMINANTS ET OBSTACLES À LEUR UTILISATION**



**La pauvreté et l'inégalité entre les genres limitent les progrès à réaliser pour réduire les morts maternelles**

Le schéma 2 présente les facteurs relevant de la demande et de l'offre qui affectent les soins maternels. La pauvreté et l'inégalité des sexes figurent au centre du triangle qui mène à un recours efficace aux soins dans la mesure où elles représentent un obstacle ou filtre et influent sur la capacité d'une femme à transformer une demande en utilisation concrète. Les cercles se chevauchent car la pauvreté est étroitement liée à l'inégalité entre les sexes, bien qu'elle puisse toucher les femmes à tous les niveaux socio-économiques. A l'intersection de la pauvreté et de l'inégalité entre les genres, on trouve l'éducation, l'emploi et la mobilité. L'inégalité entre les genres est plus profondément déterminée par des facteurs structurels qui incluent la culture, les normes sociales et la discrimination ainsi que d'autres éléments ayant un impact sur la capacité des femmes à agir pour elles-mêmes, par exemple, l'autonomie, la prise de décision, le contrôle de leurs revenus et actifs, la violence liée au genre de même que la participation à des réseaux sociaux. Tous ces facteurs réunis

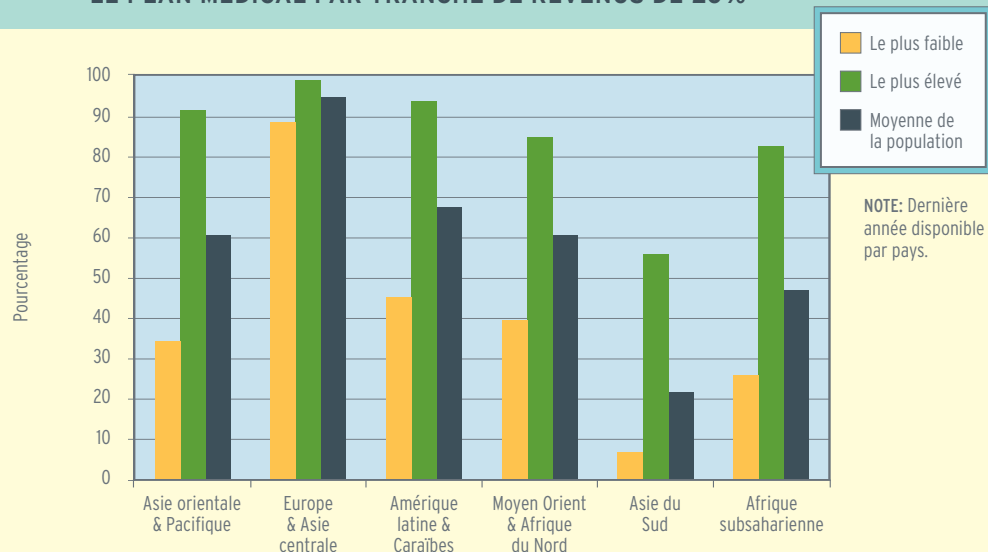
peuvent avoir un impact sur la responsabilisation des femmes ou leur statut de personnes défavorisées et par conséquent, sur leur capacité à recourir aux soins maternels de manière efficace.

**La pauvreté est un déterminant clé du recours formel des femmes aux services de soins maternels et de la mortalité maternelle.**

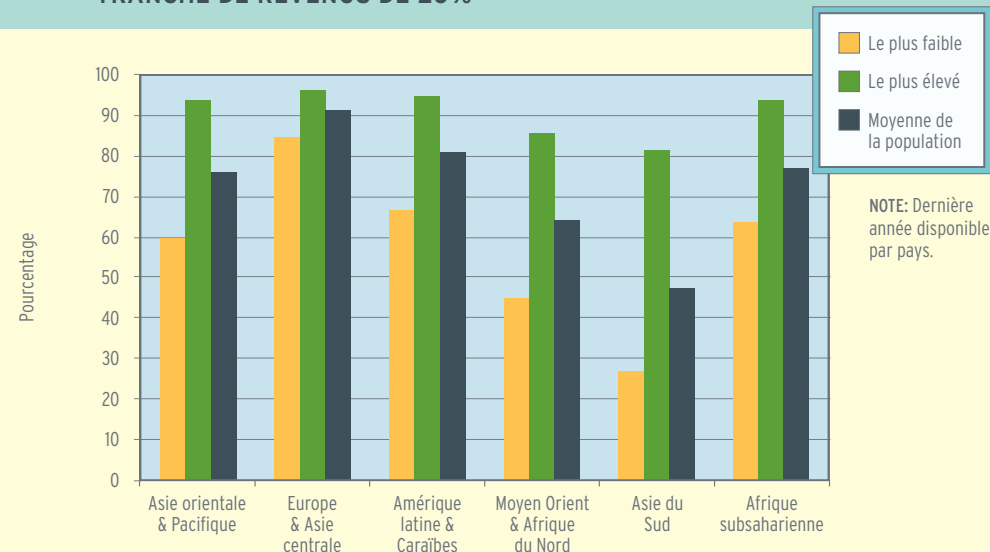
Une analyse menée dans le cadre de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) sur 55 pays au milieu des années 1990, a permis de constater que les femmes figurant dans le groupe des 20% les plus riches avaient 5.2 fois plus de chances d'accoucher avec l'aide d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme que les 20% les plus pauvres.<sup>9</sup> Comme le montre le schéma 3a, les données fournies par la Banque mondiale révèlent des disparités similaires. Dans toutes les régions à l'exception de l'Europe et de l'Asie centrale, moins de 50% des femmes faisant partie des 20% les plus pauvres, accouchent avec l'aide d'une personne ayant suivi une formation médicale. Parallèlement, à l'exception de l'Asie du Sud, 80% voire plus des femmes faisant partie des groupes socio-économiques les plus riches accouchent avec l'aide d'un professionnel de la santé. En moyenne, environ 22% des femmes en Asie du Sud et moins de la moitié en Afrique subsaharienne, accouchent avec l'aide d'un personnel formé en soins médicaux, dans la tranche de 20% de revenus les plus faibles, seulement 7% en Asie du Sud et 25% en Afrique subsaharienne. Bien que la couverture en soins prénatals soit en général à des niveaux plus élevés que les accouchements assistés par un agent qualifié dans toutes les régions, des disparités similaires existent entre les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres (voir schéma 3b). Globalement, les femmes les plus pauvres vivant dans les régions les plus pauvres du monde ont un accès très faible aux services de soins maternels.<sup>10</sup>

Dans les pays à faible ou moyen revenu, on constate une prise de conscience croissante du lien entre la pauvreté et mortalité maternelle. Au Pérou, par exemple, le RMM des franges les plus riches et les plus pauvres de la population varie de 1 à 6 (800/100 000 contre 130/100 000).<sup>4</sup> En Indonésie, le risque de

**SCHÉMA 3a: ACCOUCHEMENT ASSISTÉ PAR UNE PERSONNE FORMÉE SUR LE PLAN MÉDICAL PAR TRANCHE DE REVENUS DE 20%<sup>12</sup>**



**SCHÉMA 3b: AU MOINS UNE VISITE PRÉNATALE PAR TRANCHE DE REVENUS DE 20%<sup>12</sup>**



mortalité maternelle est de trois à quatre fois plus élevé dans le groupe de population le plus pauvre que dans le groupe le plus riche.<sup>11</sup> Une analyse à travers 10 pays en développement<sup>11</sup> montre que la proportion de femmes qui meurent de causes maternelles augmente de manière systématique avec l'augmentation de la pauvreté.<sup>11</sup>

**Les coûts sont élevés, imprévisibles et potentiellement catastrophiques pour les pauvres et ils représentent un obstacle pour le recours aux soins.**

Les coûts comprennent ceux des structures et services et supposent des frais formels et informels, le coût des médicaments et équipements, du transport vers un hôpital ou clinique, ainsi que le manque à gagner en termes de temps perdu pour se rendre à un hôpital ou d'autres établissements de santé ou pour bénéficier de soins.<sup>13-15</sup>

ii Les pays couverts par cette étude sont le Burkina Faso, le Tchad, l'Éthiopie, l'Indonésie, le Kenya, le Mali, le Népal, le Pérou, les Philippines et la Tanzanie.

Les frais formels prennent souvent la forme de redevance au moment de la prestation de service et en général, ils ne sont pas remboursés. Ces frais peuvent être relativement élevés, notamment pour les pauvres, même dans les établissements de santé publique. Une étude récemment conduite en Indonésie a montré qu'ils peuvent atteindre la somme de 200 dollars. Pour 68% des foyers les plus pauvres observés dans le cadre de cette étude, ces coûts s'élevaient à plus de 40% du revenu annuel net, un montant jugé «catastrophique» par les auteurs.<sup>16</sup> Les frais de soins d'urgence en cas de complications obstétriques peuvent être encore plus élevés. En conséquence, les coûts peuvent empêcher de nombreuses femmes de bénéficier de soins de santé maternels dont elles ont besoin.<sup>15</sup>

Les frais informels sont des paiements non réglementaires qui doivent éventuellement être effectués là où les services sont théoriquement gratuits. Il peut s'agir de coûts liés aux fournitures ou versés comme primes au personnel pour les inciter à dispenser de meilleurs soins. Les études montrent que tels coûts peuvent souvent être plus élevés que les frais formels. Une étude

effectuée au Bangladesh a démontré que les coûts des soins maternels dans les hôpitaux publics de Dhaka, où les services étaient apparemment gratuits—étaient de 32 dollars pour un accouchement normal et à 118 dollars pour une césarienne.<sup>17</sup> Dans une région rurale de l'Inde, les pauvres paient presque autant pour une visite dans un centre médical "gratuit" que pour une visite chez un médecin privé.<sup>9</sup>

Les frais de transport peuvent être substantiels et représentent un obstacle non négligeable dans de nombreux endroits.<sup>15</sup> Des études effectuées en Tanzanie et au Népal ont permis d'estimer les frais de transport à 50% voire plus du montant total des soins.<sup>15</sup> Des études conduites dans différents pays, y compris les Philippines, l'Ouganda et la Thaïlande montrent que la distance a un impact défavorable sur la demande des femmes en termes d'accouchement dans une structure médicale.<sup>13</sup> Les frais de transport sont élevés principalement en raison des distances importantes dans les régions rurales des pays à faible revenu où les populations pauvres sont largement représentées, et où les routes et les infrastructures de transport sont en mauvais état. La réduction des distances vers les établissements médicaux publics au Ghana a permis de doubler le recours à ces structures.<sup>9</sup>

Les manques à gagner des recours aux soins peuvent également représenter un obstacle plus important pour les femmes pauvres, qui n'ont pas les moyens d'interrompre leur travail et ne peuvent pas payer quelqu'un pour effectuer ces tâches pendant qu'elles bénéficient des soins médicaux.<sup>14</sup>

### **L'inégalité entre les genres est un facteur essentiel et négligé pour le recours aux services de soins maternels.**

Les inégalités entre les genres sont profondément enracinées dans de nombreux pays à faible revenu où la mortalité maternelle est élevée et le recours aux services sanitaires est bas. Parmi les conséquences de l'inégalité entre les genres figurent une pauvreté relativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, un niveau d'éducation faible, un manque d'autonomie et de mobilité, une violence entre partenaires, et globalement un statut social inférieur.<sup>18;19</sup> Les inégalités entre les genres, à l'instar de la race, de la religion et l'ethnicité dans

certains contextes, vont au-delà des différences de classe.<sup>20</sup> Elles sont également définies et perpétuées par les normes sociales et culturelles, et reflètent les différences de pouvoir entre les hommes et les femmes à la fois dans le foyer et dans l'ensemble de la société.<sup>20;21</sup>

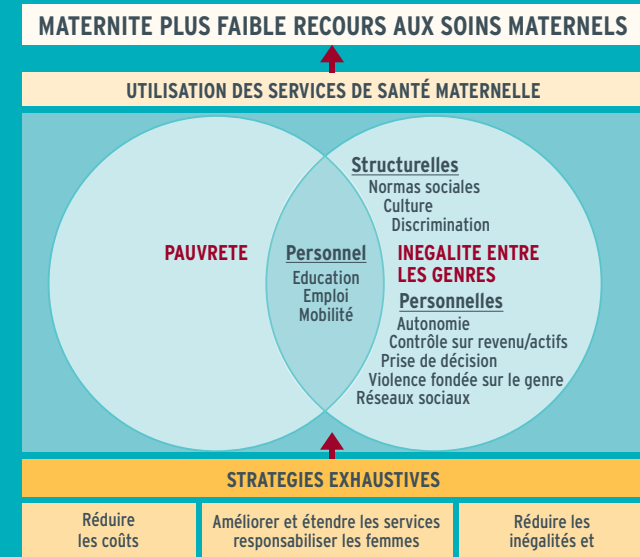
Ces normes sont particulièrement néfastes pour les jeunes femmes parce qu'elles les placent au bas de la hiérarchie familiale et sociale. Elles peuvent aussi imposer le mariage précoce pour les filles. Globalement, environ 17 millions de jeunes femmes se marient avant l'âge de 20 ans et une majorité de ces mariages ont lieu dans des pays à faibles revenus.<sup>22</sup> Le mariage précoce conduit souvent à la grossesse prématurée et à une fertilité élevée, deux éléments intimement liés à un risque plus élevé de mortalité et de morbidité.<sup>22-24</sup> En réalité, on estime qu'entre 25 et 50% des jeunes femmes pauvres accouchent avant l'âge de 18 ans.<sup>22</sup>

L'inégalité entre les genres de même que leur statut social inférieur ont un impact important sur la santé des femmes, sur la santé maternelle et la demande en général, de services de santé maternels.<sup>24</sup> Une étude menée au Bangladesh a montré que la probabilité de recourir à n'importe quel type de soins était 1.73 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.<sup>25</sup> L'accès limité des femmes et des filles à l'éducation les prive des connaissances et des outils nécessaires pour prendre des décisions informées.<sup>18;20</sup> Dans de nombreuses communautés conservatrices, les normes culturelles et sociales entravent la mobilité des femmes et les empêchent d'avoir recours aux soins.<sup>13;26;27</sup>

D'autres membres de la famille peuvent envisager l'accouchement comme une préoccupation concernant la femme et non le foyer. En conséquence, les femmes peuvent éprouver des difficultés pour avoir de quoi payer les services ou pour trouver un moyen de transport en vue de bénéficier des soins médicaux. Au Bangladesh où l'accès aux soins préventifs et curatifs est faible pour la plupart des femmes, elles sont économiquement dépendantes de leurs époux qui pourraient être réticents à l'idée de payer les soins.<sup>28</sup> En Indonésie, les chercheurs ont constaté que la part des femmes dans les actifs du foyer (un indicateur des relations de pouvoir entre les époux) a une incidence sur le recours aux soins prénatals.<sup>29</sup> Bien qu'il s'avère que les femmes qui n'ont pas de part dans les actifs



**SCHÉMA 4: LES FEMMES AU CŒUR DES SOINS MATERNELS: SUPPRIMER LES OBSTACLES**



du foyer sont désavantagées en termes de prise de décision en matière de soins, de légères augmentations au niveau de la propriété ont influé sur le recours aux soins maternels. Le fait d'être propriétaire a accru la possibilité pour les femmes d'avoir recours aux soins prénatals et d'accoucher dans un hôpital ou dans un cabinet de médecin.

Bien qu'il soit important pour les politiques et programmes d'améliorer, développer les services, et réduire la charge financière pour les femmes ayant de faibles revenus, ces actions seules ne peuvent pas être suffisantes pour garantir l'accès aux soins maternels. L'inégalité entre les genres peut limiter l'accès et empêcher les femmes d'utiliser les services. Par conséquent, les efforts d'amélioration du recours aux soins maternels et les résultats doivent également trouver des moyens d'autonomiser les femmes et de surmonter les inégalités entre les genres.<sup>20;24</sup> Bien que tous ces efforts ne soient pas prévus par les programmes de santé, il est important de découvrir ceux qui existent et d'agir, de même que plaider en faveur d'investissements pouvant améliorer la situation des femmes en général. De plus, il faut une recherche

plus systématique permettant d'élucider les facteurs contribuant à la déresponsabilisation des femmes et aux liens avec le recours des soins maternels. Enfin, il est important d'inclure les indicateurs relatifs au genre dans les évaluations sanitaires et les politiques et programmes de développement ciblant l'amélioration du recours aux soins maternels.

.....  
**Les stratégies visant à accroître le recours aux services de soins maternels: sont-elles efficaces pour faire face à la pauvreté et à l'inégalité des genres?**  
 .....

Comme décrit ci-dessus, une combinaison de facteurs économiques et liés au genre conditionne le comportement des femmes en termes de recours aux soins maternels, de même que leur capacité à accéder et utiliser les services. Du point de vue de l'offre, les services sont définis par des ressources financières, physiques et humaines pour fournir des soins soutenus, de haute qualité, accessibles et abordables.<sup>9;13</sup>

Le schéma 4 présente les types de stratégies générales nécessaires pour affronter les obstacles impliqués par la pauvreté et l'inégalité des genres et aider les femmes à les dépasser pour améliorer le niveau d'utilisation des services. En raison de l'importance de la pauvreté qui constitue un élément dissuasif par rapport au recours aux soins, un large éventail de stratégies a été conçu et mis en œuvre pour réduire le fardeau des frais allant de la suppression des frais à l'offre de transferts financiers conditionnels ou inconditionnels. Un ensemble de stratégies portant sur l'offre visant à améliorer et développer les services a été mis en place pour augmenter le niveau de recours aux soins. Il s'agit de primes destinées aux prestataires sur la base des performances et du recrutement d'organisations privées pour offrir des soins maternels. Par ailleurs, des stratégies responsabilisant les femmes afin qu'elles deviennent des patientes actives, sont nécessaires sauf pour les programmes communautaires et participatifs. Ce document préconise l'intégration de ces mécanismes dans les stratégies complètes pour lutter contre la pauvreté et l'inégalité entre les sexes, permettant ainsi aux femmes pauvres et démunies de bénéficier de soins maternels de qualité.

Cette partie de l'analyse examine les principaux résultats d'évaluations d'un certain nombre de programmes. Bien que l'accent soit mis sur les programmes évalués de manière rigoureuse, d'autres études moins rigoureuses sont également incluses parce qu'elles fournissent uniquement les résultats disponibles par rapport à des questions d'intérêt majeur. L'analyse ci-dessous fournit des résultats pertinents évoqués par les auteurs des documents et rapports publiés, y compris—lorsque cela est possible—le poids des mécanismes utilisés pour affronter la pauvreté et l'inégalité entre les genres et leur impact pour les femmes pauvres et en situation défavorisée.

L'examen de ces éléments n'est pas exhaustif et met plutôt en évidence un certain nombre d'évaluations conduites dans des pays à revenu moyen et faible comme base pour évaluer le domaine en question et définir des orientations pour l'avenir.



---

### Réduire les frais

---

Lorsque les frais d'utilisation ont été mis en place il y a 20 ans, ils étaient censés améliorer l'efficacité et l'équité.<sup>30</sup> Pourtant, une série d'écrits montre que non seulement l'instauration de ces frais n'a pas apporté les résultats attendus mais en plus, ils ont désavantagé les femmes les plus pauvres, et exacerbé les différences entre riches et pauvres en matière de recours aux soins et de résultats.<sup>30</sup> Les exonérations et exemptions appliquées aux personnes pauvres n'ont pas été d'un grand secours car, parallèlement à d'autres raisons, elles ont été difficiles à administrer. Des réformes récentes se sont, par conséquent, concentrées sur la suppression des frais pour tous.<sup>21</sup> L'offre de soins maternels gratuits représente une des cinq actions du Consensus Global pour la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile, et certains pays se sont engagés pour un accès gratuit aux soins (voir encadré 1).



## ENCADRÉ 2: SUPPRESSION DES FRAIS: RÉSULTATS DU GHANA

En 2004, le Ghana a instauré une politique nationale visant à supprimer les frais d'accouchement dans les structures publiques et privées. Une évaluation de ce programme a permis de constater que les exonérations de frais étaient rentables et que les questions d'équité étaient abordées de manière efficace—il y a une augmentation significative des accouchements dans des structures médicales parmi les 30 et 25% des groupes les plus pauvres des populations observées. Les frais non remboursés rapportés aux revenus ont été réduits, bien que cela ait été davantage le cas pour les foyers les plus aisés. La part des foyers tombant dans la pauvreté en raison des paiements non remboursés onéreux est passée de 2.3% à 1.3%.<sup>33</sup>

### **La suppression des frais peut améliorer la demande parmi les femmes à faibles revenus. Cette demande accrue et un financement soutenu requièrent une planification attentive.**

Beaucoup de pays à faible et moyen revenu ont récemment supprimé les frais afin de développer le recours aux soins. Les résultats montrent que cela a un impact positif sur le recours aux services de soins maternels et, dans certains cas, parmi les plus pauvres (*voir encadré 2*). Au Niger, la suppression des frais en 2006 a permis de faire doubler le nombre de visites prénatales. Au Burundi, les naissances ayant eu lieu dans les hôpitaux ont augmenté de 61% et le nombre de césariennes s'est accru de 80% ; en Zambie rurale, le taux de recours aux structures gouvernementales a augmenté de 50% et proportionnellement davantage chez les pauvres, aucun déclin n'a été constaté au niveau de la qualité des soins.<sup>31</sup> En Ouganda, la suppression des frais dans les structures publiques a permis de faire augmenter le recours aux services hospitaliers de 84% et l'augmentation a été plus élevée chez les plus pauvres.<sup>32</sup>

Mais la suppression de frais peut avoir des conséquences négatives y compris les augmentations des demandes qui surchargent les systèmes sanitaires existants et remettent en cause la qualité des soins fournis.<sup>34;35</sup> En outre, cela peut mener à une augmentation substantielle de paiements non réglementaires pour allouer des primes au personnel, obtenir de meilleurs services et payer des fournitures de base qui font par ailleurs défaut au niveau des prestataires.<sup>15</sup>

Ces expériences montrent que bien que la suppression des frais contribue à améliorer l'accès aux services pour les populations les plus pauvres dans certains cas, le processus requiert également une planification attentive afin d'atténuer les conséquences négatives et améliorer l'efficacité des systèmes sanitaires. Les systèmes sanitaires doivent se préparer à un accroissement de la demande et faire en sorte qu'il y ait suffisamment de personnel, que les médicaments et fournitures médicales soient disponibles, et, globalement que des ressources financières plus importantes soient débloquées par les

gouvernements et bailleurs de fonds. Il faudra également explorer des mécanismes alternatifs pour les financer de manière soutenue et équitable.<sup>30;34;36</sup>

Parmi les mécanismes de financements sanitaires, le financement par les impôts est perçu par beaucoup comme l'option idéale, mais dans beaucoup de pays à faible revenu, l'absence d'une imposition importante et d'un système de collecte d'impôts limite l'utilité de ce mécanisme.<sup>9;37;38</sup> La couverture sociale répartit généralement la charge du financement sanitaire entre les employés et les entreprises et autorise le transfert des fonds publics pour subventionner les primes destinées aux populations les plus pauvres.<sup>37;39</sup> Parmi les limites de ce système dans les pays à faible revenu, figure son inefficacité en ce qui concerne sa capacité à cibler les chômeurs, les entrepreneurs et ceux qui travaillent dans les secteurs rural et informels.<sup>15;37;39</sup> Le nouveau modèle d'assurance communautaire peut s'avérer efficace pour atteindre ces populations<sup>38;40</sup>, mais à ce jour, il reste limité. Moins de 0.2% de la population africaine est couverte par de tels programmes<sup>41</sup> et beaucoup de personnes se voient contraintes de payer les services de leurs propres poches. Lorsqu'ils ont donné de bons résultats, les programmes d'assurance communautaire font généralement partie des systèmes de santé nationaux.<sup>35</sup>

#### **L'octroi de subventions aux populations ciblées peut accroître l'accès et l'utilisation des services maternels pour les femmes pauvres.**

Un programme qui offrait des bons aux femmes enceintes pour compenser les frais liés aux soins prénatals et à l'accouchement dans un centre médical ou un hôpital (par exemple, les frais de services ou de transport) a été évalué dans trois districts au Cambodge.<sup>42</sup> L'étude a permis de constater que les bons amélioraient l'accès aux soins prénatals et à l'accouchement sans risques pour les femmes enceintes issues de milieux défavorisés. Sur une période de 12 mois, le nombre d'accouchements effectués en structures médicales et le nombre de bénéficiaires de bons de paiement ont également augmenté, sans que le nombre d'accouchements payés par les patientes ne baisse. Ces bons de paiement ont donc permis d'augmenter le nombre de femmes pauvres

accouchant dans des structures sanitaires publiques. Cependant, toutes les femmes pauvres n'ont pas bénéficié de ces bons et la totalité des bons distribués pour les accouchements n'a pas été utilisée. Les raisons de la non-utilisation des bons de paiement comprenaient l'insatisfaction vis-à-vis du personnel du centre médical, l'idée selon laquelle il est difficile de trouver un moyen de transport au milieu de la nuit, le souci de savoir si la subvention couvrirait entièrement les frais de transport dans les régions éloignées ainsi que l'absence de personnes au domicile pour s'occuper du foyer. Dans l'ensemble, les bons peuvent mieux fonctionner lorsque la demande est prévisible et lorsqu'ils sont combinés avec un marketing social pour accroître la sensibilisation et encourager l'utilisation.<sup>9</sup>

#### **Les transferts conditionnels d'argent liquide augmentent la demande de services de soins maternels et peuvent permettre de responsabiliser les femmes afin qu'elles soient des patientes plus actives.**

Les résultats issus d'une expérience conduite au Mexique suggèrent que le fait de remettre de l'argent liquide aux femmes, conditionné par des comportements spécifiques tels que suivre des cours sur la santé maternelle et/ou l'accès aux services de soins maternels, permet d'augmenter le niveau de l'utilisation de certains services. Dans le cas du programme *Oportunidades*, mis en place 1997, les transferts d'argent liquide étaient destinés aux femmes pauvres vivant en milieu rural, conditionnés par le fait d'obtenir les soins de santé et compléments alimentaires et de participer à des sessions de formation sanitaire.<sup>43</sup> Les résultats de l'évaluation ont montré que les bénéficiaires ont eu plus de visites prénatals que les non bénéficiaires. De plus, la qualité des services (qui dépend du pourcentage de soins administrés durant les consultations) a été particulièrement élevée pour les bénéficiaires. Les auteurs de ce document considèrent que la différence de qualité était due à l'autonomisation des femmes bénéficiaires en raison de l'exigence de l'enseignement du programme. Pendant les séances de formation, les femmes ont appris ce qu'elles doivent attendre de leurs visites médicales et ont été encouragées à être des patientes plus actives de soins de santé.<sup>44</sup>

---

## Améliorer et étendre les services

---

### La formation et l'affectation d'assistants qualifiés communautaires peuvent améliorer la couverture parmi les populations pauvres dans des zones éloignées.

En 1989, l'Indonésie a lancé un programme national pour accroître la prestation de soins professionnels destinés aux femmes pauvres. Dès 1996, *Bidan Di Desa* (Le Programme de Village de Sages-femmes) avait déjà formé et affecté plus de 50 000 sages-femmes à travers le pays. Les recherches ont montré que globalement la participation d'agents professionnels lors des accouchements s'est accrue pour les secteurs les plus pauvres de la population et celles qui vivent dans les zones rurales.<sup>45;46</sup> Néanmoins, l'accès et le recours aux soins par les populations pauvres n'étaient pas toujours uniformes; dans certaines régions, les sages-femmes avaient tendance à compléter les revenus qu'elles percevaient du programme par des tarifs privés, ce qui a eu un impact négatif et disproportionné sur le recours aux services par les femmes les plus pauvres. La décentralisation des assistants qualifiés et la mise en place des services au plus près des populations à faibles revenus, ont eu une incidence significative sur l'accès et le recours aux services dans l'ensemble. Mais les mesures complémentaires comme le transfert d'argent liquide ou les bons peuvent s'avérer nécessaires pour faire en sorte que les personnes très pauvres aient accès aux services même dans les zones où les professionnels de la santé peuvent facturer les services.

### L'offre de primes pour améliorer les comportements des prestataires peut améliorer le recours aux services de soins maternels, pourtant des efforts particuliers peuvent s'avérer nécessaires pour les femmes les plus pauvres.

Le Rwanda a mis en œuvre et évalué un système de rémunération pour la performance de 2006 à 2008 dans le cadre duquel les agents ont perçu des primes conditionnées par la quantité et la qualité de services de soins maternels dispensés.<sup>47</sup> Bien qu'il y ait eu une augmentation non négligeable du nombre de femmes enceintes bénéficiant d'un vaccin antitétanique lors des soins prénatals et accouchant dans une structure médicale, on n'a pas pu

constater d'impact sur la possibilité que les femmes aient recours aux soins prénatals. Cette disparité s'explique par le niveau d'avantages financiers fournis; il y a eu moins de changements significatifs par rapport aux services avec des récompenses financières plus faibles (par exemple, 0.09\$ pour une consultation prénatale contre 4.59\$ pour un accouchement dans une structure médicale). Compte tenu de l'avantage que représente un accouchement dans une structure, certains prestataires ont recruté des agents communautaires pour conduire des campagnes de sensibilisation auprès des femmes afin de les encourager à accoucher dans un établissement médical. Malheureusement, le rapport de l'étude n'a pas indiqué si le programme a bénéficié aux femmes les plus démunies. Il suggère que pour recourir aux services dépendant largement des comportements des femmes, les bonifications uniquement destinées aux prestataires travaillant dans des structures pourraient ne pas suffire. Au lieu de cela, il faudrait également envisager les primes pour les clientes et les agents communautaires pour que ces derniers trouvent et encouragent les femmes à recourir à des structures sanitaires. Le *Janani Suraksha Yojana*, un programme du gouvernement Indien, a intégré ces bonifications (voir encadré 3).

De plus, les bonifications attribuées aux prestataires peuvent être plus efficaces pour réduire les inégalités de revenus si des montants plus élevés sont accordés en vue d'augmentation du taux de recours aux services par les femmes les plus pauvres.

### La sous-traitance par l'intermédiaire d'organisations privées pour l'offre de soins de santé maternelle peut augmenter le niveau de recours aux services par les femmes pauvres, mais il faut prêter attention à la qualité des soins.

Une étude menée au Cambodge en 2001 a montré que dans les districts où les organisations non-gouvernementales (ONG) ont bénéficié de financement public pour offrir et gérer les services de soins maternels, il y avait une augmentation plus importante après 2.5 années de soins prénatals, d'immunisation au tétanos, et d'accouchements dans des structures médicales en

### ENCADRÉ 3: LE PROGRAMME JANANI SURAKSHA YOJANA (JSY) EN INDE

Le programme JSY a été lancé en 2005 en Inde sous l'égide de la Mission Nationale pour la Santé en Milieu Rural (National Rural Health Mission) et dans le cadre de la Phase II du Programme de Santé Reproductive et Infantile. Les principales caractéristiques du programme sont le paiement en liquide de femmes enceintes et agents communautaires pour les accouchements dans des structures gouvernementales, le ciblage attentif, le recours aux agents communautaires en tant que liens entre le gouvernement et les femmes enceintes, ainsi que le partenariat avec le secteur privé pour répondre à la demande croissante de services.

Le ciblage est minutieusement conçu de manière à ce que le droit à bénéficier de services de même que le montant des bonifications en argent liquide dépendent essentiellement de la localisation géographique, du niveau de pauvreté, de la caste et de l'origine ethnique. Le programme offre des services à toutes les femmes enceintes dans les états où le taux d'accouchement dans une structure médicale est faible et il cible les populations les plus vulnérables<sup>iii</sup> dans les états où le taux d'accouchement dans une structure médicale est plus élevé. De plus, le montant perçu dans les zones rurales est plus élevé que dans les zones urbaines. Les agents de santé communautaires obtiennent des bonifications dans les zones les plus défavorisées du pays s'ils identifient des femmes enceintes, encouragent les accouchements dans des structures médicales, offrent des visites postnatales, et s'occupent des vaccinations du nourrisson jusqu'à l'âge de 10 semaines. Bien que le système soit destiné à promouvoir et à accroître la demande de prestation institutionnelle, il est également conçu pour augmenter l'offre de services en assurant un nombre suffisant de services à toute heure et en subventionnant le coût des consultations auprès de spécialistes du secteur privé pour les soins d'urgence s'ils ne sont pas disponibles dans les centres de santé publics.

Source: [http://mohfw.nic.in/janani\\_suraksha\\_yojana.htm](http://mohfw.nic.in/janani_suraksha_yojana.htm)

iii Les femmes sont considérées comme les plus vulnérables soit si elles se situent en dessous du seuil de pauvreté soit si elles sont issues d'une caste ou tribu habilitée à suivre le programme seulement si elles ont 19 ans et si elles sont plus âgées ou sont sur le point d'avoir leur premier ou deuxième enfant.

comparaison avec les districts où les services publics étaient dirigés par le gouvernement.<sup>48</sup> Il faut noter que parmi les foyers les plus défavorisés, le recours à des services dispensés par des districts sous-traitants et les frais non remboursés pour les soins sanitaires ont chuté. Cela s'explique en partie par le fait que les ONG, probablement grâce à une efficacité accrue, n'ont pas facturé de frais, alors que dans les districts de contrôle, les clients ont été contraints de régler les frais ou de verser des dessous de table.

#### Améliorer et étendre les prestations de service tout en couvrant les frais pour les pauvres

**En établissant des partenariats avec des prestataires privés, il est possible de réduire les pénuries de fournitures, et lorsqu'il y a également des subventions ciblées, cela peut bénéficier aux pauvres.**

Le *Chiranjeevi Yojana (Long Lives to Mothers-Longue vie aux Mères)* représente un exemple intéressant de programme ayant combiné les stratégies de demande et d'offre, il est mis en œuvre et évalué en tant que programme pilote dans quelques districts du Gujarat en Inde, en 2005, et il a été développé et étendu à tout le pays en 2007.<sup>49</sup> L'objectif de ce programme était d'améliorer les niveaux d'accouchement dans les structures médicales en: i) augmentant l'offre de services accessibles pour les femmes pauvres en payant un tarif fixe aux prestataires privés pour les accouchements et ii) réduisant les coûts pour les familles en couvrant certains des frais non remboursés. Le programme n'est pas totalement gratuit étant donné que les participants devaient payer les médicaments et les frais de transport, et toutes les familles n'étaient pas toutes habilitées à participer. Pourtant, le programme est parvenu à cibler et atteindre les pauvres dans un contexte où l'acceptabilité des prestataires privés était déjà élevée. Le coût moyen d'un accouchement pour les participantes au programme équivalait à seulement 22% de celui encouru par les non-participantes.



**Renforcer les systèmes de santé, mobiliser et éduquer les communautés peuvent augmenter le nombre d'accouchements dans des structures médicales en particulier chez les plus pauvres.**

L'Initiative des soins qualifiés (ISQ) mise en œuvre, entre 2003 et 2006, par le Ministère de la Santé et Family Care International au Burkina Faso a simultanément géré les obstacles aux niveaux de l'offre et de la demande.<sup>50</sup> Ce programme a consolidé les services par le biais de formations des prestataires, par la mise à disposition d'équipements et de fournitures ainsi que l'amélioration de la supervision. Au niveau communautaire, le programme a favorisé la demande en développant la mobilisation communautaire, l'éducation, le plaidoyer et le marketing social. Une étude du programme a permis de constater que la proportion des naissances ayant lieu dans des structures médicales a beaucoup plus augmenté dans le district couvert par l'ISQ par rapport au district non couvert et que les accroissements étaient les plus importants chez les populations les plus pauvres. Bien que l'étude n'ait pas pu isoler les aspects du programme qui avaient l'impact le plus important, la combinaison de sensibilisation communautaire avec la consolidation

institutionnelle a potentiellement eu un effet synergique dans l'augmentation du nombre d'accouchement dans les structures médicales. Les auteurs font remarquer qu'il s'agit d'un des rares exemples d'intervention en matière de soins maternels qui a, à la fois augmenté le taux de recours aux services de soins maternels et réduit les disparités entre les riches et les pauvres en termes de recours à ce type de service.

Jusqu'ici, les débats ont porté sur les stratégies spécifiques qui peuvent réduire les coûts pour les clients et celles qui contribuent à étendre et développer les services. Si ces stratégies traitent de la question de l'inégalité des genres, elles le font de manière limitée. Etant donné que l'inégalité entre les genres représente un obstacle majeur au-delà la pauvreté, il est nécessaire de bien comprendre que le fait de limiter l'inégalité entre les genres et la responsabilisation des femmes peuvent affecter la propension des femmes à recourir aux services. Cette information sera essentielle pour la définition de stratégies plus exhaustives qui sont encore plus efficaces.



### Réduire l'inégalité entre les genres et responsabiliser les femmes pour une meilleure santé maternelle

L'éducation des femmes est particulièrement efficace pour améliorer le niveau de recours aux services maternels, et la littérature est abondante sur ce sujet. Les preuves des liens entre le recours aux services et d'autres facteurs de responsabilisation tels que l'emploi, l'autonomie et la prise de décision ne sont ni claires ni nombreuses mais, étant donné qu'ils pèsent lourdement sur le recours aux services il est utile de les étudier en détail et de manière plus systématique. Parallèlement, les programmes qui favorisent la participation active des femmes pour affronter les défis relatifs aux soins de santé offrent de nouvelles approches sur la manière d'améliorer les soins maternels.

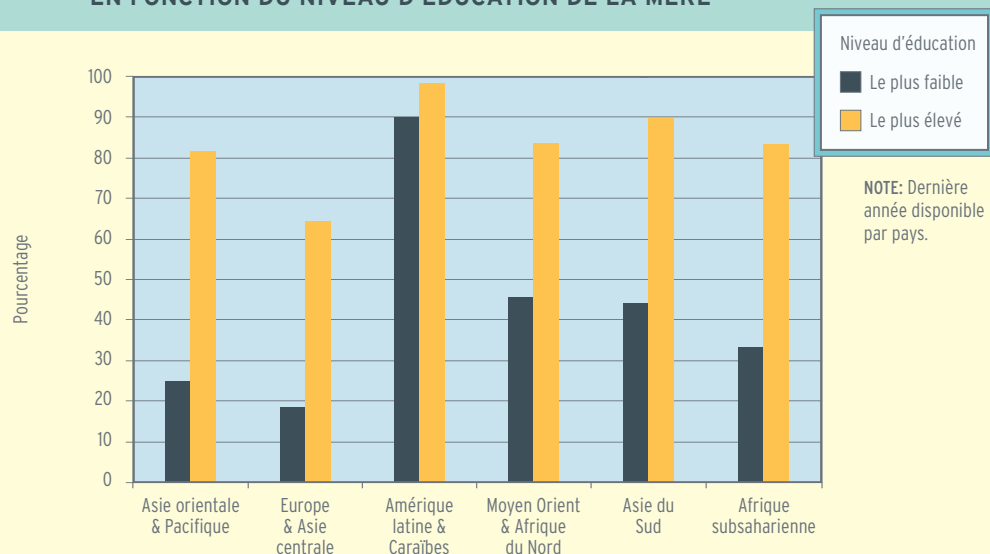
#### L'éducation et le travail des femmes permettent d'augmenter le niveau de recours aux services de santé maternelle.

Beaucoup d'études montrent que l'éducation des femmes contribue à accroître le recours aux services de santé maternelle indépendamment d'autres

facteurs.<sup>10;29;51-55</sup> Les femmes instruites ont plus de chances de recourir aux soins prénatals, aux services d'accouchement et aux soins postnatals que les femmes non instruites.<sup>10</sup> Comme le montre le schéma 5, dans 49 des 62 pays disposant de données, la différence entre les accouchements assurés par un agent qualifié pour les femmes ayant les niveaux d'éducation les plus élevés et les plus faibles était de 30% voire plus. Les améliorations en termes d'éducation secondaire pour les filles peuvent être plus efficaces que l'éducation primaire et elles sont fondamentales dans les pays où les filles font l'objet de discrimination et où les garçons sont privilégiés.<sup>18</sup>

Si les femmes ont du travail, si elles peuvent gagner leur vie et contrôler leurs revenus et accumuler des richesses, elles peuvent prendre en charge les frais relatifs aux soins médicaux. Elles sont moins dépendantes vis-à-vis de leurs conjoints et d'autres membres de leurs foyers et elles sont de ce fait, capables de prendre des décisions par rapport à leur santé. En fait, les résultats d'études suggèrent que l'emploi des femmes a un impact positif sur la santé maternelle et est lié à une mortalité et morbidité maternelle réduite.<sup>10</sup> En revanche, les

### SCHÉMA 5: NAISSANCES ASSISTÉES PAR DU PERSONNEL QUALIFIÉ EN FONCTION DU NIVEAU D'ÉDUCATION DE LA MÈRE<sup>56</sup>



femmes sans emploi avaient quatre fois plus de chances de mourir des suites de causes liées à la grossesse et l'accouchement que celles qui ont un travail.<sup>10</sup> Simkhada et al.<sup>53</sup> ont constaté que l'emploi des femmes représentait un facteur significatif du point de vue statistique par rapport au recours aux soins prénatals dans 7 des 28 études qu'ils ont examinées. Les études menées au Nigeria et aux Philippines ont démontré que les femmes occupant des postes de fonctionnaires ou d'employées avaient plus recours aux soins prénatals que les femmes au foyer et les femmes sans emploi. Néanmoins, il existe beaucoup moins d'études sur les liens entre l'emploi et la santé maternelle, ce qui n'est pas le cas pour le lien entre santé maternelle et éducation, et il faut combler cette lacune.

#### Les indicateurs des liens entre la santé maternelle et d'autres aspects de la responsabilisation sont limités, et des recherches plus poussées sont nécessaires.

Certaines études citent l'importance de facteurs tels que la mobilité, l'autonomie et la maîtrise de la prise de décision en matière de recours aux services sanitaires. Depuis l'année 2000, sept études ont été publiées sur ce sujet, dans les pays asiatiques—trois en Inde, deux au Népal et une en Indonésie et au

Pakistan.<sup>29;54;57-61</sup> Les degrés d'autonomie examinés variaient beaucoup d'une étude à l'autre et incluaient les actifs, l'autonomie financière, le pouvoir de prendre des décisions dans le foyer, et la liberté de mouvement. Les conclusions variaient également: quatre études ont montré que l'autonomie des femmes était positivement et significativement liée au recours aux soins prénatals, alors que les trois autres n'ont pas mis en évidence cet état de fait. Des quatre études qui examinaient les effets de l'autonomie sur les accouchements dans des structures médicales ou ceux qui sont assistés par des agents qualifiés, toutes ont constaté un lien positif. De plus, Mistry et al.<sup>54</sup> ont constaté que l'autonomie financière avait un lien positif avec les accouchements en structures médicales et assistées par des agents qualifiés, alors que la prise de décision n'était pas un facteur significatif. Globalement, les recherches systématiques dans ce domaine de la responsabilisation des femmes sont plus rares que celles sur les liens entre l'emploi et la santé maternelle.

Il y a un besoin fondamental de recherches supplémentaires et de meilleure qualité sur la manière dont les actifs, l'emploi, l'autonomie des femmes et la prise de décision affectent le recours aux services de santé maternelle et le statut de la santé maternelle. Une plus grande cohérence est également nécessaire pour la définition de l'autonomie, de la mobilité et de la prise de décision et la manière dont ces variables sont interprétées. Des indices sont nécessaires sur la manière dont les rapports de force liés au genre au sein impactent le recours aux services de soins maternels par les femmes. Fort heureusement, les données nécessaires pour de telles recherches sont maintenant disponibles dans le module des caractéristiques des foyers des EDS qui interrogent les femmes sur leur recours aux services de soins maternels, l'éducation, l'emploi/l'occupation, et la propriété de terres et de logements de même que la personne qui prend les décisions, financières et autres. Ils doivent être utilisés.

#### Engager les femmes dans des processus participatifs et promouvoir les réseaux sociaux par le biais d'associations de femmes peut favoriser une utilisation plus importante des services de soins maternels.

Une intervention participative à faible coût, culturellement acceptable dans le Népal rural a encouragé les femmes à résoudre les problèmes de soins

sanitaires et a favorisé l'adoption de comportements positifs en termes de soins.<sup>62</sup> Le programme a sélectionné et formé les femmes dans la région pour organiser et animer des réunions participatives avec des associations de femmes pauvres afin d'évoquer les problèmes de soins néonataux et maternels, d'identifier des stratégies et mobiliser des groupes pour qu'ils agissent. Les exemples de stratégies comprennent la collecte de fonds communautaires pour les soins maternels et infantiles ainsi que la production et la distribution des kits d'accouchements sans risques. Les activités de renforcement des soins sanitaires, tels que la formation des personnels de santé et l'équipement des structures avec des fournitures adaptées, ont été mises en œuvre dans les zones de contrôle et d'interventions; par conséquent l'étude a permis d'isoler les effets de l'intervention participative. Outre la mortalité néonatale plus faible, la zone d'intervention a montré une croissance en matière de soins prénataux, d'accouchements dans des structures médicales, et de naissances assistées par des agents qualifiés que dans les zones de contrôle. La littérature récente souligne l'importance des relations telles que celles créées dans les associations de femmes pour susciter des changements qui sont la responsabilisation, y compris la confiance en soi accrue, les capacités et l'action collective.<sup>63,64</sup>

---

### **Consolider les systèmes de santé maternelle: conclusions et recommandations**

---

Bien qu'il soit essentiel pour les politiques et programmes d'améliorer et développer les services, de même que réduire le fardeau des frais pour les femmes disposant de faibles revenus, il se peut que ces actions à elles seules, ne soient pas suffisantes pour garantir l'accès aux soins maternels pour les femmes les plus pauvres et les plus démunies.

La pauvreté et l'inégalité entre les genres, représentent des obstacles importants pour l'accès et le recours aux soins maternels, qui a des conséquences désastreuses pour les femmes, et à terme, pour leurs familles et communautés. Pourtant le faible niveau d'accès et recours aux soins maternels, surtout

parmi les populations pauvres et isolées, peut être géré par des stratégies ayant pour but d'améliorer la couverture et la qualité des services et contribuant à augmenter la demande active de services par les femmes. Le présent document recommande une approche holistique qui englobe les deux aspects et fait des besoins et réalités des femmes les principaux moteurs des politiques et programmes pour accroître l'accès et le recours aux soins maternels.

Comme le montre ce rapport, un certain nombre de mécanismes fondés sur de nouvelles structures et communautés qui vont au-delà de la suppression de frais se sont montrés prometteurs pour le secteur en augmentant le niveau du recours aux services de santé maternelle et dans certains cas, ils sont parvenus à atteindre les populations les plus pauvres. Pourtant, même lorsque l'offre de soins maternels atteint les populations isolées et pauvres et s'avère abordable pour elles, les stratégies permettant de réduire l'inégalité entre les genres par le biais de l'éducation, l'emploi et l'autonomisation des femmes par le soutien social, les réseaux, l'apprentissage et l'action participatifs sont également nécessaires.

L'inéquité est un concept multidimensionnel. Le faible niveau social des femmes et leur désresponsabilisation qui constituent une dimension essentielle des inégalités en termes d'accès et de recours aux soins maternels, sont négligés lors de la conception de programmes et de fait, lors de l'évaluation des programmes. Des évaluations plus rigoureuses reposant sur des méthodes qualitatives et quantitatives doivent être conduites pour identifier et mesurer différents éléments déterminants de l'inégalité et l'impact sur diverses populations. Il est important de détecter les différences de participation chez les femmes les plus pauvres, et parmi les plus défavorisées, pour véritablement comprendre si et comment les programmes de santé maternelle abordent la pauvreté et l'inégalité des genres mais aussi appréhender la meilleure manière de les créer pour atteindre efficacement l'impact désiré.



## Références

1. La Banque Mondiale. Rapport de suivi mondial: Une situation d'urgence dans le domaine du développement. Washington, DC. 2009.
2. Kvale G, Olsen BE, Hinderaker SG et al. Maternal deaths in developing countries: A preventable tragedy. (Morts maternelles dans les pays en voie de développement: une tragédie évitable). *Norsk Epidemiology* 2005; 15:141-149.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2009. Genève. 2009.
4. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal Mortality: Who, When, Where, and Why (Mortalité maternelle: Qui, quand, où et pourquoi). *Lancet* 2006; 368:1189-1200.
5. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 (Mortalité maternelle pour 181 pays, 1980-2008: une analyse systématique des progrès réalisés pour atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement 5). *Lancet* 2010.
6. Hill K, Thomas K, AbouZahr C et al. Levels and Trends in Global and Regional Maternal Mortality 1990 to 2005. (Niveaux et tendances en matière de mortalité maternelle globale et régionale de 1990 à 2005). *Lancet* 2007; 370:1311-1319.
7. OMS. Déclaration conjointe de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale sur la réduction de la mortalité maternelle. Genève. 1999.
8. International Health Partnerships (Partenariats Sanitaires Internationaux). Leaders commit new finance to tackle women's and children's health in the developing world (Les leaders engagent de nouveaux financements pour aborder la santé des femmes et des enfants dans le monde en développement). 2010.
9. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers (Accès aux soins sanitaires dans les pays en voie de développement: éliminer les obstacles au niveau des demandes). *Cad Saude Publica* (Cahier de santé publique) 2007; 23:2820-2834.
10. Gill K, Pande RP, Malhotra A. Women Deliver for Development (Les Femmes contribuent au développement). *Lancet* 2007; 370:1347-1357.
11. Graham WJ, Fitzmaurice AE, Bell JS et al. The Familial Technique for Linking Maternal Death with Poverty (La technique familiale pour associer la mortalité maternelle et la pauvreté). *Lancet* 2004; 363:23-27.
12. Banque mondiale. Indicateurs du développement dans le monde. *Banque mondiale* [série en ligne]. 2004.
13. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. (Surmonter les obstacles à l'accès des services sanitaires: influencer la demande) *Health Policy Plann* 2004; 19:69-79.
14. McNamee P, Ternent L, Hussein J. Barriers in accessing maternal health care: evidence from low- and middle-income countries (Obstacles à l'accès aux soins maternels: indicateurs issus de pays à revenu faible ou moyen). *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2009; 9:41-48.
15. Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: A review of the literature (Financement efficace des services de santé maternelle: un examen de la littérature sur ce domaine). *Health Policy* 2005; 75:49-58.

16. Quayyum Z, Nadjib M, Ensor T et al. Expenditure on obstetric care and the protective effect of insurance on the poor: lessons from two Indonesian districts (Dépenses en matière de soins obstétriques et l'effet protecteur de l'assurance sur les pauvres: leçons tirées de deux districts indonésiens). *Health Policy and Planning* 2009; 1-11.
17. Nahar S, Costello A. The hidden cost of 'free' maternity care in Dhaka, Bangladesh (Le coût caché des soins maternels "gratuits" à Dhaka, Bangladesh). *Health Policy and Planning* 1998; 13:417-422.
18. Grown C, Gupta GR, Pande RP. Taking Action to Improve Women's Health Through Gender Equality and Women's Empowerment (Agir pour améliorer la santé des femmes par l'égalité entre les genres et la responsabilisation des femmes). *Lancet* 2005; 365:541-543.
19. Freedman L. Strategic Advocacy and Maternal Mortality: Moving Targets and the Millennium Development Goals (Plaidoyer stratégique et mortalité maternelle: faire évoluer les cibles et les objectifs du millénaire pour le développement). *Gender and Development* 2003; 11:97-107.
20. Iyer A, Sen G, Ostlin P. The intersections of gender and class in health status and health care (Les points de convergence entre le genre, la classe sociale et la situation sanitaire, les soins sanitaires). *Global Public Health* 2008; 3:13-24.
21. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation (Leçons pratiques des initiatives de maternité sans risques globales: le moment est venu pour se concentrer sur la mise en œuvre). *Lancet* 2007; 370:1383-1391.
22. Grown C, Gupta GR, Kes A. Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women (Agir: Atteindre l'égalité entre les genres et responsabiliser les femmes). New York. 2005. I, 1-257.
23. Singh S, Samara R. Early Marriage Among Women in Developing Countries (Mariage précoce chez les femmes dans les pays en voie de développement). *International Family Planning Perspectives* 1998; 22:148-157.
24. Shen C, Williamson JB. Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis (Mortalité maternelle, statut des femmes et dépendance économique dans les pays les moins développés: une analyse internationale). *Social Science & Medicine* 1999; 49:197-214.
25. Ahmed SM, Adams AM, Chowdhury M et al. Gender, socioeconomic development and health-seeking behavior in Bangladesh (Genre, développement socio-économique et comportement sanitaire au Bangladesh). *Social Science and Medicine* 2000; 51:361-371.
26. OMS. Déclaration conjointe de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale sur la réduction de la mortalité maternelle. Genève. 1999.
27. Rottach E, Schuler SR, Hardee K. Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence. (Les perspectives du genre améliorent les résultats de santé reproductive) Washington, DC. 2009.
28. Schuler SR, Bates LM, Islam MDK. Paying for reproductive health services in Bangladesh: intersections between cost, quality and culture (Payer les services de santé reproductive au Bangladesh: liens entre les coûts, la qualité et la culture). *Health Policy and Planning* 2002; 17:273-280.
29. Beegle K, Frankenberg E, Thomas D. Bargaining Power Within Couples and Use of Prenatal and Delivery Care in Indonesia (Pouvoir de négociation au sein des couples et recours aux soins prénatals). *Studies in Family Planning* 2001; 32:130-146.
30. Yates R. Universal health care and the removal of user fees (Soins sanitaires universels et suppression des frais). *Lancet* 2009; 2078-2081.
31. Oxfam International. Your Money or Your Life: Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries? (Votre argent ou votre vie: les leaders vont-ils agir pour sauver des vies et faire en sorte que les soins sanitaires soient gratuits dans les pays pauvres?) 2009.
32. Deininger K, Mpuga P. Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda (Effets sur l'économie et le bien être de la suppression des frais de santé: indicateurs de l'Ouganda). Washington, DC. 2004.
33. Witter S, Adjei S, Armar-Klimesu M et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana (Offrir des soins de santé maternelle: dix leçons tirées d'une évaluation de la suppression nationale des frais d'accouchement au Ghana). *Global Health Action* 2009.
34. Gilson L, MacIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action (Éliminer les frais pour les soins primaires en Afrique: la nécessité d'action prudente). *Br Med J* 2005; 331:762-765.
35. Lee AC, Lawn JE, Cousens S et al. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? (Associer les familles et structures pour les soins à l'accouchement: ce qui fonctionne pour éviter les morts liées à l'accouchement) *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; 107:565-588.
36. Witter S. Service and population-based exemptions: Are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? (Exemptions fondées sur les services et la population: est-ce la voie vers l'équité et l'efficacité pour le financement sanitaire dans les pays en voie de développement) *Innovations in Health System Finance in Developing & Transitional Economies* (Innovations dans le système financier de la santé dans les économies de développement et de transition). 2009; 251-288.
37. Carrin G. Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. (Assurance de Santé dans les pays en voie de développement: un défi continu). *International Social Security Review* 2002; 55.
38. Carrin G, Waelkens M-P, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contributions to the performance of health financing systems. (Assurance de santé communautaire dans les pays en voie de développement: une étude de ses contributions au fonctionnement des systèmes de financement sanitaire). *Tropical Medicine & International Health* 2005; 20:799-811.
39. Banque mondiale. Social Health Insurance for Developing Nations (Assurance santé pour les nations en voie de développement). Washington, DC. 2010.
40. Lee AC, Lawn JE, Cousens S et al. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? (Associer les familles et structures pour les soins à l'accouchement: ce qui fonctionne pour éviter les morts liées à l'accouchement) *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; 107:565-588.
41. Oxfam International. Your Money or Your Life: Will leaders act now to save lives and make healthcare free in poor countries? (Votre argent ou votre vie: les leaders vont-ils agir pour sauver des vies et faire en sorte que les soins sanitaires soient gratuits dans les pays pauvres?) 2009.
42. Ir P, Horemans D, Souk N et al. Using targeted vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia. (Utiliser des bons et des fonds d'équité sanitaire pour améliorer l'accès aux agents qualifiés pour les femmes pauvres dans trois districts ruraux au Cambodge.) *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; 10.

43. Adato M, de la Brière B, Mindek D et al. The impact of PROGRESA on women's status and intrahousehold relations (L'impact de PROGRESA sur le statut des femmes et les relations au sein du foyer). Rapport final, International Food Policy Research Institute, Washington, DC. 2000.
44. Barbar SL, Gertler P. Empowering women to obtain high quality care: Evidence from an evaluation of Mexico's conditional cash transfer programme. (Responsabiliser les femmes pour obtenir des soins de qualité: Indicateurs d'une évaluation du programme conditionnel de transfert d'argent du Mexique). *Health Policy and Planning* 2009; 24:18-25.
45. Hatt L, Stanton C, Makowiecka K et al. Did the strategy of skilled attendance at birth reach the poor in Indonesia? (La stratégie de l'assistance qualifiée à l'accouchement a-t-elle atteint les pauvres en Indonésie? *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé* 2007; 85:774-782.
46. Ensor T, Nadjib M, Quayyum Z et al. Public funding for community-based skilled delivery care in Indonesia: to what extent are the poor benefiting? (Financement public pour les soins obstétriques communautaires en Indonésie: dans quelle mesure les pauvres en bénéficient-ils ?) *European Journal of Health Economics* 2008; 9:385-392.
47. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A et al. Paying Primary Health Care Centers for Performance in Rwanda (Payer les Centres de Soins Sanitaires Primaires pour un fonctionnement efficace au Rwanda). Washington, DC. 2010.
48. Bhushan I, Keller S, Schwartz B. Achieving the twin objectives of efficiency and equity: Contracting health services in Cambodia (Atteindre les objectifs d'efficacité et d'équité: engager des services sanitaires au Cambodge). Manille. 2002.
49. Bhat R, Mavalankar DV, Singh PV et al. Maternal Health Care Financing: Gujarat's Chiranjeevi Scheme and Its Beneficiaries (Financement de Soins Maternels: Plan du Gujarat Chiranjeevi et ses bénéficiaires). *Journal of Health, Population and Nutrition* 2009; 27:249-258.
50. Brazier E, Andrzejewski C, Perkins ME et al. Improving poor women's access to maternity care: Findings from a primary care intervention in Burkina Faso (Améliorer l'accès des femmes pauvres aux soins de maternité: résultats d'une intervention sur les soins primaires au Burkina Faso). *Social Science & Medicine* 2009.
51. Fotso J-C, Ezeh AC, Essendi H. Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services? (Santé maternelle dans les environnements à faible revenu: comment l'autonomie des femmes influence-t-elle le recours aux services de soins obstétriques?) *Reproductive Health Matters* 2009; 16:6-9.
52. Furuta M, Salway S. Women's Position Within the Household as a Determinant of Maternal Health Care Use in Nepal. (La place des femmes au sein du foyer comme élément déterminant du recours aux soins maternels au Népal) *International Family Planning Perspectives* 2006; 32:17-27.
53. Simkhada B, van Teijlingen E, Porter M et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature (Facteurs ayant un impact sur le recours aux soins prénatals dans les pays en voie de développement: un examen systématique de la littérature sur le domaine en question). *Journal of Advanced Nursing* 2007; 61:244-260.
54. Mistry R, Galal O, Lu M. Women's autonomy and pregnancy care in rural India: A contextual analysis (L'autonomie des femmes et soins obstétriques en Inde rurale: une analyse contextuelle). *Social Science & Medicine* 2009; 69:926-933.
55. Sharma SK, Sawangdee Y, Sirirassamee B. Access to Health: Women's Status and Utilization of Maternal Health Services in Nepal (Accès à la santé: statut des femmes et recours aux services de soins maternels au Népal). *Journal of Biosocial Science* 2007; 39:671-692.
56. Organisation mondiale de la santé. Partie I: Objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé. Genève. 2009.
57. Allendorf K. Couples' Reports of Women's Autonomy and Health Care Use in Nepal (Compte rendu des couples sur l'autonomie des femmes et le recours aux soins sanitaires au Népal). *Studies in Family Planning* 2007; 38:35-46.
58. Bloom SS, Wypij D, Das Gupta M. Dimensions of Women's Autonomy and the Influence on Maternal Health Care Utilization in a North Indian City (Dimensions de l'autonomie des femmes et influence sur le recours aux soins maternels dans une ville de l'Inde du nord). *Demography* 2001; 38: 67-78.
59. Matsumara M, Gubhaju B. Women's Status, Household Structure and the Utilization of Maternal Health Services in Nepal (Statut des Femmes, structure des foyers et recours aux services de santé maternelle au Népal). *Asia-Pacific Population Journal* 2001; 23-44.
60. Mumtaz Z, Salway S. 'I never go anywhere': Extricating the Links Between Women's Mobility and Uptake of Reproductive Health Services in Pakistan ("Je ne vais jamais nulle part": Dégager les liens entre la mobilité des femmes et leur participation des services de santé reproductive au Pakistan). *Social Science & Medicine* 2005; 60:1751-1765.
61. Pallikadavath S, Foss M, Stones RW. Antenatal care: provision and inequality in rural north India (Soins prénatals: prestations et inégalité en Inde rurale du nord). *Social Science & Medicine* 2004; 59:1147-1158.
62. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial (Effet de l'intervention participative auprès des associations de femmes sur les résultats des accouchements au Népal: tests sur des groupes choisis de façon aléatoire). *Lancet* 2004; 364:970-979.
63. Cornwall A, Edwards J. Introduction: Negotiating Empowerment (Introduction: Négocier la Responsabilisation). *IDS Bulletin* 2010; 41:1-9.
64. Mabsout R, Van Steren I. Disentangling Bargaining Power from Individual and Household Levels to Institutions: Evidence on Women's Position in Ethiopia (Démêler le pouvoir de négocier du niveau individuel et des foyers aux institutions: indicateurs de la position des femmes en Ethiopie). *World Development* 2010; 38:783-796.



#### CRÉDITS PHOTOS

**Lynsey Addario**  
deuxième et troisième  
de couverture,  
page 11, 22, 28

**Joey O'Loughlin**  
page 14, 15, 20, 21

**David Bloom:** Flickr  
page 23

#### CONCEPTION

Designlounge Inc., New York

#### TRADUCTION FRANÇAISE

Mariam Bagayoko

#### RELECTEUR

Michelle Foubi



Cette publication est imprimée sur Utopie U2:XG, un papier issu de forêts bien gérées, avec 30% de fibres recyclées et fabriqué avec de l'électricité sous la forme d'énergie renouvelable—vent, hydro et biogaz. De plus, cette publication a été imprimée en utilisant des pratiques associées au développement durable: empreinte carbone zéro par le biais du soutien de carbonfund.org, utilisation d'encre végétales, et de pratiques énergétiques dans l'infrastructure d'impression.