



Interventions monétaires pour les
programmes
de santé dans les camps de réfugiés
UNE ÉTUDE

© UNHCR, 2015. Tous droits réservés.

La reproduction et la distribution à toute fin éducationnelle et non commerciale du présent document sont autorisées sans accord écrit préalable du titulaire des droits d'auteurs à condition que la source soit pleinement reconnue. Sa reproduction pour revente ou à d'autres fins commerciales, ou toute traduction quelle qu'en soit la raison, est interdite sauf autorisation écrite du titulaire des droits d'auteurs. Les candidatures pour une telle permission doivent être adressées à la Section Santé publique du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) à l'adresse HQPHN@unhcr.org

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier la véracité des informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation dudit matériel et de l'usage qu'il en est fait incombe au lecteur. En aucun cas, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ne saurait être tenu responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Des exemplaires du présent document peuvent être obtenus auprès de :

UNHCR

Division pour le soutien et la gestion des programmes

Section Santé publique

CP 2500

1202 Genève, Suisse

[Email : HQPHN@unhcr.org](mailto:HQPHN@unhcr.org)

Photo de couverture : Manaa (13 ans) photographiée avec sa grand-mère Maneera (âgée de 70 ans environ). UNHCR / KURDISTAN/IRAK / Sebastian Rich

Conception graphique : Alessandro Mannocchi, Rome

Interventions monétaires pour les
programmes
de santé dans les camps de
réfugiés

UNE ÉTUDE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
MÉTHODOLOGIE.....	4
I. INTERVENTIONS MONÉTAIRES ET SANTÉ : UN APERÇU	
DE L'ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES.....	5
I.1. Obstacles à l'accès aux services de santé et financement axé sur les résultats.....	5
I. 2. Transferts en espèces conditionnels et bons d'échange.....	6
I.2.a. Définitions	6
I.2.b. Caractéristiques conceptuelles	6
I.2.c. Facteurs de succès	7
I.2.d. Restrictions	8
I.3. Enseignements tirés.....	8
II. INTERVENTIONS MONÉTAIRES POUR LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS :	
UNE PRATIQUE ÉMERGENTE.....	10
II.1. Expérience du HCR	10
II.2. Bonnes pratiques	14
III. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	17
IV. OUTILS, CONSEILS ET OUVRAGES RECOMMANDÉS.....	20
V. RÉFÉRENCES	23
Annexe 1 - Approches de l'offre et de la demande pour le financement axé sur les résultats.....	26

INTRODUCTION

La protection des réfugiés est solidement ancrée dans la notion que les droits de l'homme sont au cœur de tous les aspects du travail international de protection du HCR et qu'ils forment le cadre normatif fondamental régissant les activités de protection et d'assistance du HCR, notamment la santé publique. En s'efforçant de permettre aux réfugiés d'exercer pleinement leurs libertés et leurs droits fondamentaux, le HCR encourage le strict respect par tous les États des obligations qui leur incombent en vertu du droit international des réfugiés et des droits de l'homme qui figurent, *inter alia*, dans la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ¹.

Le HCR a pour but de permettre aux réfugiés d'optimiser leur état de santé en les aidant à jouir du même accès aux services de santé primaire, d'urgence et spécialisés de qualité que les ressortissants nationaux. La diversité des environnements dans lesquels le HCR exerce ses activités constitue cependant un défi en raison de la multiplicité des systèmes de soins de santé, des modèles de financement de ces soins, des maladies et des charges qu'elles représentent à l'échelle régionale, nationale et infranationale.

Depuis le début des années 1990, les programmes de protection sociale, qui privilégient souvent la maternité sans risque, ont démontré que les incitations financières peuvent avoir des résultats positifs en matière de santé dans un contexte de développement. Il existe peu d'exemples documentés de l'utilisation des interventions monétaires (IM) pour les services de santé dans un cadre humanitaire, si ce n'est pour faciliter l'accès à des produits sanitaires comme les moustiquaires de lits imprégnées d'insecticide ou pour favoriser la nutrition.

La présente analyse a pour objectif d'examiner les points suivants :

1. Que dit la documentation existante de l'utilisation des allocations en espèces et des bons d'échange pour obtenir des résultats en matière de santé ?
2. Quels sont les enseignements tirés et comment s'appliquent-ils aux programmes de santé publique du HCR ?

La première section examine des expériences pertinentes du secteur du développement. La deuxième section présente des études de cas utilisant les interventions monétaires en faveur de la santé dans les camps de réfugiés et analyse ces expériences pour en tirer des éléments de bonne pratique. La troisième et dernière section avance des conclusions et formule quelques recommandations prudentes sur de possibles interventions monétaires en faveur de programmes de santé conçus et mis en œuvre par le HCR.

¹ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Commentaire général n° 14 (2000) sur le droit de jouir du meilleur état de santé possible (Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/escgencom14.htm>

MÉTHODOLOGIE

Ce rapport s'appuie sur une recherche documentaire et une étude des données secondaires. La documentation citée dans cette étude provient de recherches en ligne, de débats dans le cadre du groupe de discussion D-Group du Cash Learning Partnership (CaLP) et d'échanges de courriels. Des informateurs clés, tels que des praticiens des programmes de santé et des chercheurs, ont également été interviewés. Bien que cette étude repose essentiellement sur des documents publiés, elle inclut également de la littérature grise et des rapports verbaux.

² Le D-Group du CaLP [the Cash Learning Partnership] est un forum en ligne permettant de discuter et d'échanger des informations sur les interventions monétaires en situation d'urgence

I. INTERVENTIONS MONÉTAIRES ET SANTÉ : UN APERÇU DE L'ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES FACTUELLES

I.1. OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET AU FINANCEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS

Bien que la qualité des services de santé soit une condition essentielle à la réussite de toute action sanitaire, la sous-utilisation des services de santé est le plus souvent la conséquence d'obstacles du côté de la demande plutôt que d'insuffisances du côté de l'offre. Ces obstacles, qui sont liés à des problématiques socio-économiques, culturelles et contextuelles, sont présentés ci-dessous. De manière générale, c'est tout un ensemble complexe de facteurs qui mettent un frein à l'obtention de résultats positifs dans le domaine de la santé. Cependant, comme le résume Gaarder *et al* (2010 : 8), « le degré d'adéquation entre le désir d'investir dans sa santé et la demande de soins de santé dépend de la prise de conscience de sa maladie par un individu et de sa volonté à recevoir des soins appropriés ».

Par le passé, les interventions en matière de santé portaient essentiellement sur la recherche de solutions concernant l'offre de soins de santé. Un changement progressif dans la façon de penser, qui lie de plus en plus les contributions financières et autres incitations aux résultats sanitaires, a contribué à l'émergence d'un modèle de financement alternatif « axé sur les résultats » pour les soins de santé. Ce financement³ peut être décrit comme « un paiement en espèces ou un transfert non monétaire fait à un gouvernement national ou infranational, un responsable, un prestataire, un payeur ou un utilisateur de services de santé une fois que des résultats prédéfinis ont été réalisés et vérifiés » (Gorter *et al*, 2013 : 13).

Le financement axé sur les résultats dispose d'une large gamme d'options⁴ : toutefois, le présent document met l'accent sur les transferts en espèces et les bons d'échange qui constituent les formes les plus communes d'incitations financières/interventions monétaires utilisées dans les opérations humanitaires.

Tableau 1 : Obstacles à l'accès aux soins de santé du côté de la demande

Générique	Coûts : directs, indirects et coûts d'opportunité
	Préférences et attitudes : fortement liées aux normes culturelles dominantes (contexte socio-culturel) mais influencées par le passé et les croyances propres à chaque membre du foyer ;
	Connaissances et informations: relatives aux avantages à long terme de l'accès aux services de santé et d'éducation, aux options disponibles (différents établissements, lequel est le mieux, etc.) et à la façon d'en négocier l'accès (surmonter la bureaucratie, etc.)
La dotations des menages	Actifs financiers (revenus et capital), capital humain (particulièrement le niveau d'éducation des décideurs), biens sociaux (réseaux, etc.), patrimoine naturel (propriété, utilisation et cession des terres) et biens matériels (droit à, utilisation et propriété d'actifs productifs et improductifs)
Le context societal	Contexte socio-culturel, politique et commercial

Source : Witter *et al* , (2015 : 17)

3 Les termes « approche fondée sur les résultats » (OBA -) ou « rémunération à la performance » (P4P) sont communément utilisés pour désigner le financement axé sur les résultats

4 Ces options peuvent inclure des interventions à la fois sur l'offre et la demande, décrites de façon plus détaillée à l'Annexe 1

I.2. TRANSFERTS EN ESPÈCES ET BONS D'ÉCHANGE CONDITIONNELS

I.2.a. Définitions

Les transferts en espèces sont des transferts de ressources financières aux personnes les plus vulnérables. Si des conditions d'utilisation⁵ s'appliquent, ou s'il est spécifié qu'il convient de respecter un comportement donné, ils sont dits conditionnels ; dans le cas contraire, ils sont inconditionnels. Dans le contexte particulier de la santé, les transferts en espèces conditionnels [CCT] peuvent être aussi décrits, dans la logique du financement axé sur les résultats, comme des « paiements liés à la performance du côté de la demande, la performance étant dans ce cas un comportement sain. » (Glassman *et al*, 2009 : 90).

Les bons d'échange sont, au contraire, une aide qui peut être échangée contre des articles subventionnés ou des services spécifiques. Dans ce cas, les effets sur l'offre sont importants car les comportements du fournisseur comme du consommateur sont directement influencés par l'incitation (Grainger *et al*, 2014 : 15). Les bons d'échange sont souvent destinés à des situations où le marché et le gouvernement se montrent incapables de fournir des services de santé à des groupes de populations spécifiques. Les bons d'échange ont aussi été présentés comme « un des seuls outils offrant aux planificateurs des services de santé une certaine assurance que leurs subventions atteignent effectivement les groupes de population cibles » (Boler 1 Harris, 2010 : 8)

Les transferts en espèces conditionnels pour la santé ont été introduits dans les programmes de protection sociale au début des années 1990, d'abord en Amérique latine (OMS, 2008 : 1). Dans ce contexte de développement, ces transferts ont été conçus avec deux objectifs bien définis :

- a Disposer d'un filet de sécurité pour augmenter la consommation des personnes vivant dans l'extrême pauvreté (atténuation de la pauvreté à court terme),.
- b Accroître l'investissement dans le capital humain des familles démunies (atténuation de la pauvreté à long terme)

Ce sont généralement les femmes qui perçoivent les paiements dans le cadre de programmes vérifiant que les conditions sont respectées, les montants transférés étant généralement établis pour satisfaire une consommation moyenne juste au-dessus du seuil de pauvreté. De plus en plus déployés à travers le monde, les programmes de transferts en espèces conditionnels sont désormais considérés comme des stratégies gagnantes de protection sociale (Glassman *et al*, 2013 : 1)

Les recherches menées par Akresh *et al* (2012)⁶ ont conclu que les transferts en espèces conditionnels accroissent de manière importante le nombre de visites de prévention des services de santé, alors que les transferts en espèces sans conditions [UTC] ne semblent pas avoir un tel impact, ce qui laisse penser que la conditionnalité a des résultats positifs. Une étude systématique plus récente conduite par Murray *et al* (2015 : 10) a démontré qu'il existe en fait très peu de données de recherche sur la véritable utilisation des transferts en espèces sans conditions dans le domaine de la santé. Ils poursuivent en disant que les programmes de transferts en espèces (sous la forme de prestations ou d'allocations de maternité) ont été

5. La conditionnalité est aussi parfois définie comme une exigence pour participer à un programme, ici elle prend le sens d'une exigence relative à l'utilisation

6. Un programme pilote mené sur deux ans attribuait indifféremment des transferts en espèces conditionnels et sans conditions. Alors que les programmes de transferts en espèces conditionnels exigeaient des familles qu'elles présentent leurs enfants de moins de cinq ans aux dispensaires locaux tous les trimestres pour surveiller leur croissance, il n'existait pas d'exigence équivalente pour les programmes sans conditions.

mis en oeuvre sans imposer de conditions spécifiques aux femmes ciblées quant à l'adoption de biens ou services précis. Au lieu de cela, ces programmes étaient supposés faciliter l'accès aux services de santé en réduisant les obstacles financiers grâce au contexte dans lequel étaient effectués les transferts (notamment la date de versement, au cours de la grossesse par exemple). Glassman *et al* (2009 : 93) affirment par ailleurs, en s'appuyant sur des exemples issus du secteur de l'éducation, que « la simple suggestion » de la conditionnalité est suffisante pour induire le comportement souhaité. Ce phénomène a été qualifié de « conditionnement indirect » ou « implicite » en certains lieux. (Witter *et al*, 2015: 24). Ceci mérite tout particulièrement d'être signalé, en raison de l'utilisation accrue des transferts en espèces, souvent sans conditions, dans le contexte humanitaire et du coût inférieur reconnu des transferts en espèces sans conditions sur celui des transferts en espèces conditionnels.

Cette position offre un contraste saisissant avec la conception des programmes de bons d'échange qui donnent une place centrale au respect de la conditionnalité. En général, une agence chargée de la gestion des bons d'échange fournit ces bons d'échange aux distributeurs une fois qu'elle a reçu le financement pour mettre en œuvre le programme. La population cible, préalablement identifiée grâce à un processus rigoureux, est alors approchée à l'occasion de tournées de sensibilisation de la communauté ou d'autres événements de ce type. Une fois que les clients ont une idée précise du service proposé, le distributeur leur remet le bon d'échange, qu'ils peuvent utiliser dans le dispensaire de leur choix pour le service spécifié. Quand le prestataire de santé a fourni le service requis, il soumet une demande de remboursement à l'agence de gestion. Le type et la forme du remboursement dépend du programme (par exemple, demande d'équipement, service/traitement

fourni, etc.). Une fois que les demandes ont été traitées, l'agence de gestion des bons d'échange soumet au donateur son rapport présentant des résultats précis et détaillés sur le programme (Boler & Harris, 2010 : 9).

I.2.c. Facteurs de succès

Des preuves irréfutables montrent que les transferts en espèces conditionnels accroissent l'utilisation des services de santé. Que ceci se traduise directement par l'amélioration de l'état de santé dépend de la qualité des services de santé auquel le bénéficiaire a accès (Gaarder *et al*, 2010).

Il est peu surprenant de constater que les transferts en espèces conditionnels sont d'autant plus pertinents lorsque les obstacles à l'accès à la santé sont liés aux coûts. Leur réussite est particulièrement grande s'ils sont intégrés à un programme global qui tient compte de tous les obstacles entravant l'accès à la santé, y compris les questions liées à l'offre.

De manière générale, le montant des transferts en espèces, la conception et le respect des conditions, la durée et la pérennité du programme, l'efficacité du ciblage et la transparence de l'administration du programme sont autant d'éléments qui contribuent au succès des transferts en espèces conditionnels (OMS, 2008 : 3).

Les bons d'échange représentent aussi une approche prometteuse, de plus en plus utilisée, pour cibler les subventions en faveur d'individus qui, sans elles, n'auraient sans doute pas eu accès aux soins (Grainger *et al*, 2014 : 15). Il a été démontré que la réussite des programmes de bons d'échange était fortement influencée par un certain nombre d'éléments spécifiques à leur conception. Il s'agit notamment de l'utilisation de numéros de série pour faciliter le traitement et le suivi des demandes, de la distribution des bons d'échange de porte à porte qui s'est révélée particulièrement efficace dans les zones rurales, et de la mise en œuvre d'interventions qui sont des services prioritaires définis par

7. Entretien avec le Dr. Anna Gorter (Independent) le 23 septembre 2015

8. Entretien avec Antonia Dingle (Marie Stopes) le 2 septembre 2015

le ministère de la Santé et sous-utilisés à ce jour par les plus démunis. Bien que la grande majorité des programmes de bons d'échange (70 %) donne accès à un unique service, les données disponibles semblent indiquer qu'ils rencontrent encore plus de succès lorsqu'ils sont conçus comme un ensemble de services.

Il est important de souligner qu'en raison de leur conditionnalité inhérente, les programmes de bons d'échange ont contribué, dans le pire des cas, à stimuler la concurrence entre les prestataires de soins de santé et, dans le meilleur des cas, à préserver indirectement le système de santé en garantissant un flux de revenus aux établissements de santé.

I.2.d. Restrictions

Toutes les interventions en matière de santé ne se prêtent pas à l'utilisation de transferts en espèces ou de bons d'échange. Ces derniers, tout comme les transferts en espèces conditionnels, présentent des limites évidentes hors du périmètre de la santé préventive. Par exemple, les services de santé curatifs sont inadaptés à ces approches de financement axé sur les résultats, puisqu'ils sont indispensables lorsque les personnes tombent malades et non pas sur une base régulière et récurrente. Cependant, pour certains groupes spécifiques nécessitant un traitement médical récurrent prévisible, les transferts en espèces conditionnels pourraient être le moyen de renforcer l'accès au traitement et de s'y conformer : il s'agit par exemple des patients atteints du VIH suivant des régimes thérapeutiques antirétroviraux, ou des travailleurs du sexe se rendant régulièrement dans des dispensaires spécialisés dans les maladies sexuellement transmissibles (MST) (OMS, 2008 : 1). Les cas les plus graves ne peuvent être pris en charge au moyen des bons d'échange en raison du temps nécessaire aux patients pour découvrir et

comprendre le programme, recevoir et utiliser les bons d'échange. De même, les accidents ou autres situations survenant soudainement, comme celles résultant de la violence sexuelle et sexiste (VSS), ne sont pas particulièrement adaptés aux bons d'échange ni aux transferts en espèces conditionnels.⁹

Une autre restriction a trait à la « continuité du changement de comportement désiré », à savoir si le nouveau comportement peut continuer au-delà du programme de transfert en espèces conditionnels et de bons d'échange et pour combien de temps (Glassman *et al*, 2013 : 12). Ceci est étroitement lié à la question de savoir si les raisons initiales qui entravaient le recours aux services de santé persistent. C'est pourquoi de nombreux transferts en espèces conditionnels ont été conçus assortis de mesures d'accompagnement telles que des séances éducatives sur la nutrition, la santé ou l'hygiène, etc. destinées à inciter un changement de comportement en vue d'une meilleure identification des soins de santé nécessaires, à lutter contre les problématiques/convictions qui pourraient déboucher sur une réticence à recourir aux soins de santé, et enfin à encourager des stratégies d'adaptation positives visant à développer le recours aux soins de santé.

I.3. ENSEIGNEMENTS TIRÉS

S'il a été démontré que les transferts en espèces conditionnels améliorent l'état de santé, il existe toutefois peu d'éléments probants permettant de savoir exactement quelle caractéristique des programmes de transferts en espèces conditionnels est la plus importante : les allocations en espèces, les conditions à respecter ou le marketing social du programme (Samuels & Jones, 2011 : 4). Cependant, il est indéniable que la clé du succès des transferts en espèces conditionnels réside dans la capacité des ménages les plus démunis à atteindre un seuil minimal de consommation alimentaire avant de pouvoir investir par ailleurs dans leur bien-être (Glassman *et al*, 2009 : 113). En effet, lorsqu'il faut se

battre avec les ressources financières pour satisfaire les besoins vitaux, il est presque certain que les transferts en espèces conditionnels sont utilisés pour la consommation immédiate et non pas investis dans les domaines que favorise le programme.

Lagarde *et al* (2009 : 36-37) soulignent bien que le succès des transferts en espèces conditionnels est « dépendent de l'importance des obstacles entravant l'accès aux services ». Du côté de la demande, les considérations financières représentent des enjeux majeurs. « De même, si les obstacles à l'utilisation des soins de santé par la population se situent du côté de l'offre (absence de médicaments, faible densité des établissements et diverses structures), les transferts en espèces conditionnels seront moins efficaces. La qualité et la disponibilité des services de santé sont probablement des prérequis au succès des transferts en espèces conditionnels. La recherche documentaire sur les services de santé est riche en exemples de ménages se détournant des services de santé en raison de leur qualité médiocre. Il est peu probable que même des incitations financières soient suffisantes (ni particulièrement recommandées) pour encourager l'utilisation de services de qualité médiocre ».

Les bonnes pratiques existantes suggèrent également qu'il convient d'accorder la plus grande attention à la forme que doit prendre la conditionnalité - le cas échéant - ainsi qu'aux structures de soutien et services complémentaires devant être mis en place pour que les transferts en espèces améliorent les résultats en matière de santé d'une part, et le bien-être des personnes en général d'autre part. À cet égard, il est aussi important d'étudier l'incidence du programme sur les prestataires de soins de santé, ainsi que les moyens utilisés par le gouvernement et les programmes des organismes d'aide pour tenter d'influencer les comportements en matière de santé (Glassman *et al*, 2009 : 116). En raison du caractère holistique de

la santé, les effets perçus dans un domaine peuvent avoir des répercussions heureuses sur beaucoup d'autres.

Les bons d'échange se sont révélés performants uniquement lorsqu'ils concernent des conditions communes pour lesquelles il existe des services de santé clairement définissables, avec un début et une fin pour limiter le paiement à des conditions précises (Grainger *et al*, 2014 : 15). C'est la raison pour laquelle ils rencontrent autant de succès dans le secteur de la santé maternelle.

De plus, il semble y avoir un continuum entre les bons d'échange qui donnent accès à un service d'une part et l'assurance maladie sociale d'autre part. À cet égard, lorsque la création de bons d'échange devient plus complexe et introduit davantage de services, ils progressent sur ce continuum.¹⁰ On peut donc raisonnablement affirmer que la conception de programmes de bons d'échange offre un terreau fertile pour piloter des produits d'assurance localisés.

9. Entretien avec le Dr. Anna Gorter (Independent) le 23 septembre 2015
10. Ibid

II. INTERVENTIONS MONÉTAIRES EN FAVEUR DE LA SANTÉ DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS : UNE PRATIQUE ÉMERGENTE

Dans un contexte humanitaire, les interventions monétaires sont « la distribution d'argent [ou de bons d'échange] à des individus ou des ménages, en tant qu'aide d'urgence pour répondre à leurs besoins essentiels en produits alimentaires ou non alimentaires, ou en services, ou pour [avoir accès à] des biens essentiels nécessaires au rétablissement de leurs moyens de subsistance » (DG ECHO, 2013 : 3). Cet énoncé des objectifs, axé sur le lissage à court-terme de la consommation, s'éloigne de l'approche du financement fondé sur les résultats selon laquelle l'utilisation des transferts en espèces conditionnels et des bons d'échange contribue également à atténuer la pauvreté à long-terme.¹¹ En outre, les interventions monétaires en faveur de la santé de l'action humanitaire consacrent moins de ressources (temporelles et financières) à modifier le comportement des bénéficiaires visés d'une manière qui affecte les résultats relatifs au capital humain. Berg & Seferis (2015 : 10) recommandent également de ne pas confondre les interventions monétaires avec des stratégies de protection sociale. Les interventions monétaires pour la santé doivent ainsi être définies comme étant des transferts de ressources à court terme visant à compenser les coûts d'accès aux services de santé. Cependant, les interventions monétaires en faveur de la santé de l'action humanitaire peuvent aussi avoir des conséquences positives à long terme pour la santé et le bien-être : elles permettent de prévenir les problèmes de santé provoqués par une catastrophe (comme les traumatismes psychologiques) qui pourraient autrement se transformer en un état chronique (tel que la dépression clinique), (Pega *et al* (2015). En outre, tout investissement dans le domaine de la santé a des retombées extérieures importantes.

conçus pour utiliser les interventions monétaires avec des objectifs de santé. Cependant, de nombreuses évaluations des programmes de transferts en espèces offrant des informations qualitatives sur l'utilisation de l'argent laissent entendre qu'une partie du montant transféré est consacré au secteur de la médecine et des services de santé.¹⁴

II.1. EXPÉRIENCE DU HCR

Conscient que l'accès aux services de santé est conditionné par des facteurs physiques, sociaux, culturels et économiques, le HCR a pour but de permettre aux réfugiés d'optimiser leur état de santé en les aidant à bénéficier du même accès à des services de santé primaire, génésique, d'urgence et spécialisés de qualité que les ressortissants nationaux (HCR, 2014). Il peut être difficile de réaliser ces objectifs en milieu urbain ou à l'extérieur des camps, dans des conditions où les réfugiés risquent de se heurter à des obstacles entravant leur accès aux services de santé.

11 Voir la section I 2 B

12 Un grand nombre de documents illustrent par exemple l'impact du déparasitage des enfants sur l'augmentation de la fréquentation scolaire

13 Les études de Cochrane visent à synthétiser de façon exhaustive l'ensemble des données probantes sur l'efficacité des interventions relatives à l'amélioration des services sanitaires et de l'état de santé. Elles sont considérées comme étant les données les plus fiables dans le domaine de la médecine et de la santé publique.

14 Il ne s'agit que de l'estimation anecdotique d'une moyenne des dépenses déclarées par les intéressés dans un programme donné de transferts en espèces sans conditions. Ce montant est fortement lié au contexte et au moment et concerne probablement la santé curative. Entretien avec Sarah Bailey (ODI) le 23 septembre 2015.

L'étude du réseau Cochrane menée par Pega *et al* (2015)¹³ a permis de constater qu'il existe très peu de preuves de programmes humanitaires spécifiquement

II.1.1. Restrictions

Le HCR soutient l'accès des réfugiés à tous les soins de santé génésique dès que la situation se stabilise (HCR, 2014). Lors de sa réponse à la crise des réfugiés syriens, dans le cadre d'un ensemble intégré de services, le HCR a ainsi attribué des allocations en espèces à court terme pour couvrir les frais d'accès aux services de maternité en Égypte ; il fera bientôt de même en Jordanie. Les Syriens sont généralement très demandeurs de services de santé. Cependant, dans ces deux pays, la majorité des réfugiés vivent en milieu urbain (à l'extérieur des camps). Le loyer à lui seul représente jusqu'à 70 % de leurs dépenses totales, ce qui exerce une pression très forte sur des revenus déjà limités et réduit la possibilité de satisfaire les besoins fondamentaux de façon constante.

En Égypte, le HCR est passé d'une stratégie, qui remboursait directement les établissements de santé fournissant des soins de santé maternelle aux femmes réfugiées syriennes, à un programme où les femmes reçoivent directement l'équivalent en espèces pour les mêmes soins. L'objectif est qu'elles utilisent l'argent pour couvrir les coûts de santé maternelle, en particulier l'accouchement dans un établissement. L'Organisation prévoit de lancer un programme similaire en Jordanie

L'Égypte et la Jordanie partagent les mêmes caractéristiques qui rendent possible l'utilisation des transferts en espèces conditionnels pour la santé maternelle :

a. Les réfugiés syriens sont légalement autorisés à utiliser les hôpitaux publics à un tarif subventionné.

b. Il existe un réseau d'hôpitaux publics répondant aux besoins de la population nationale à un niveau de qualité acceptable.

c. En outre, ce réseau est suffisamment important pour s'adapter à la large zone géographique couverte par la population de réfugiés.

Les Syriens sont traditionnellement très demandeurs de services de santé

Des interventions monétaires pour la santé sont mises en œuvre dans le cadre de programmes d'interventions monétaires déjà existants dans ces pays.

Lancées avec l'objectif de contrôler les coûts, les réfugiés syriens ayant accès aux hôpitaux publics pour une somme modique, les interventions monétaires liées au programme de santé génésique se sont révélées prometteuses en Égypte, où elles sont mises en place depuis 2015 : aucune différence significative sur les résultats en matière de santé n'a été relevée comparé au système précédent basé sur le remboursement.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des transferts en espèces destinés aux programmes de santé maternelle conçus par le HCR en Égypte et en Jordanie, au profit des réfugiés syriens¹⁵.

15 Le HCR assiste d'autres populations de réfugiés comme les Irakiens, les Somaliens, etc., mais seuls les Syriens sont présentés ici pour faciliter la comparaison

Tableau 2 : résumé des interventions monétaires du HCR en faveur de la santé

	Égypte	Jordanie
Contexte de l'accueil des réfugiés	<ul style="list-style-type: none"> • 56 000 réfugiés syriens plus 133 000 Syriens sous protection temporaire¹ • 100 % des réfugiés syriens vivent à l'extérieur des camps 	<ul style="list-style-type: none"> • 628 175 réfugiés syriens² • plus de 83 % des réfugiés syriens vivent à l'extérieur des camps
Politique nationale d'accès à la santé pour les réfugiés syriens	Les réfugiés syriens ont accès aux soins de santé primaires égyptiens pour une somme modique, par décret national	Depuis novembre 2014, les réfugiés syriens n'ont plus accès gratuitement au système de santé publique jordanien ; ils doivent payer les taux non assurés jordaniens
Date de début du programme	Janvier 2015	Décembre 2015
Échelle du programme	femmes enceintes/an	A définir
Critères de ciblage	Grossesse	Grossesse Précarité des revenus (être déjà bénéficiaire d'un programme d'aide en espèces du HCR ou répondre à d'autres critères de vulnérabilité) ou grossesse à risque
Conditionnalité	Présence à au moins un examen médical (deux pour une aide complète)	Présence à au moins un examen médical
Description du programme	Une femme réfugiée enceinte se rend à la clinique du prestataire de services de santé partenaire du HCR (Refugee Egypt) pour un examen médical, l'enregistrement de sa grossesse, des conseils et son inscription auprès d'un hôpital public pour la naissance. Lors de cette première visite, une fois la grossesse confirmée, Refuge Egypt donnera à la femme la moitié de la somme à laquelle elle a droit et la seconde moitié lors d'une autre visite médicale après la naissance de l'enfant, sur présentation du certificat de naissance	Une femme/jeune fille enceinte réfugiée ou son aide familiale se présente à la clinique du prestataire de services de santé partenaire du HCR (JHAS) pour demander de l'aide. L'éligibilité de la patiente au programme est vérifiée, les principaux conseils lui sont donnés et une fois que son éligibilité est confirmée, une allocation en espèces est transférée dans les 72 heures pour permettre les consultations prénatales et à nouveau à 36 semaines de grossesse, avant la date d'accouchement prévue.
Détails du transfert	Argent en main propre	Au guichet d'une banque (avec l'objectif de passer à la technologie de reconnaissance de l'iris quand les distributeurs automatiques seront utilisés)
Montant perçu	2 consultations prénatales gratuites par Refuge Egypt + 300 EGP (38 USD) (accouchement normal) 600 EGP (76 USD) (césarienne ; l'opération peut être confirmée par Refuge Egypt lors de la seconde consultation prénatale ou par un médecin au moment de l'accouchement)	Consultations prénatales : si la naissance est enregistrée au cours du 1er trimestre (40 JD), 2e trimestre (25 JD), ou 3e trimestre (15 JD) + 60 JOD (85 USD) (accouchement normal) 300 JOD (425 USD) (césarienne confirmée par JHAS)

Tableau 2 : résumé des interventions monétaires du HCR en faveur de la santé (suite)

Coût d'un accouchement dans un établissement public	Gratuit officiellement mais les patients doivent payer les kits de maternité sans risque : 300 EGP (38 USD) (accouchement normal) 600 EGP (76 USD) (césarienne)	50 à 60 JOD (70 à 80 USD) (accouchement normal) 180 à 200 JOD (300 à 420 USD) (césarienne)
Coût d'un accouchement dans un établissement privé	1500 EGP (190 USD) (accouchement normal) 4000 EGP (500 USD) (césarienne)	140 à 220 JOD (200 à 300 USD) (accouchement normal) 250 à 300 JOD (560 à 700 USD) (césarienne)
Services complémentaires fournis	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge gratuite des complications liées à la naissance (si accouchement dans un établissement public) • Soutien pour les grossesses à risqué en diminution • Les bénévoles de santé communautaires dans les cliniques publiques faciliteront et veilleront à ce que des conseils soient donnés sur le planning familial, sur l'allaitement maternel exclusif, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge gratuite des complications liées à la naissance (si accouchement dans un établissement public) et des besoins en soins de santé secondaires
Rapport coût/efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure où les réfugiés peuvent accéder aux services de santé à un taux subventionné, cela pèse moins sur le budget que la prestation directe de services de santé, dont le coût est intégral 	<ul style="list-style-type: none"> • Les coûts de santé payés par les réfugiés dans les hôpitaux publics sont au taux non assuré jordanien qui est fortement subventionné ; si le HCR, par le biais de son partenaire JHAS, inscrit le patient dans le système actuel, celui-ci paie le taux réservé aux étrangers qui est généralement de 35 à 60 % plus élevé
Suivi	Enquête de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours du projet pilote, tous les bénéficiaires seront contactés par téléphone pour évaluer le processus (identification, conseils reçus, réception de l'allocation en espèces) et savoir si l'argent a été utilisé aux fins prévues • Enquête téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire de bénéficiaires selon un questionnaire standard
Difficultés	<ul style="list-style-type: none"> • Une mauvaise perception de la qualité des services dans les établissements de santé publics entraîne une préférence pour les accouchements dans les hôpitaux privés, où le taux de césarienne a tendance à être plus élevé et l'aide fournie couvre au mieux 20 % des coûts • Nombre de grossesses déclarées en diminution 	<ul style="list-style-type: none"> • Même s'il est trop tôt pour en rendre compte, inquiétude sur le fait que la réduction du soutien aux bons d'échange alimentaires du PAM puisse entraîner les participants du programme à réduire les consultations prénatales pour consacrer une partie de l'aide à d'autres usages

Source : Entretiens avec Hany Fares (HCR) le 24 août 2015, Dr Ann Burton (HCR) le 2 septembre 2015, Mamoun Abuarqub (HCR) le 7 octobre 2015, Ibraheem Abu-Siam (HCR) le 14 octobre 2015 et HCR 2015a, 2015b, 2015c, 2015d 1 HCR (2015d)

2 Portail de données du HCR consulté le 11 octobre 2015 (<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>)

II.1.2. Assurance maladie et allocations en espèces

Alors que les interventions monétaires dans le domaine de la santé sont un nouveau secteur d'exercice pour le HCR, l'Organisation possède une longue expérience permettant aux réfugiés d'accéder au système national d'assurance maladie et de souscrire à des régimes d'assurance maladie volontaires. Différentes options existent pour garantir le paiement des primes :

- a. Les réfugiés contribuent eux-mêmes directement
- b. Le HCR paie directement le régime d'assurance maladie pour les plus démunis ou
- c. Le HCR distribue des allocations en espèces à usages multiples aux réfugiés socio économiquement vulnérables afin qu'ils puissent payer la prime.

Au Ghana, en collaboration avec le ministère de la Santé, le HCR a conçu un plan triennal pour intégrer les réfugiés dans le programme national d'assurance maladie. Les autorités ghanéennes ont accueilli l'intégration à part entière des réfugiés dans les services de santé nationaux par le biais de la base de données biométriques du régime national d'assurance maladie (NHIS). Une fois qu'ils se sont inscrits dans la base de données biométriques, les réfugiés ont accès aux établissements de santé et peuvent recevoir des soins, au même titre que les ressortissants ghanéens ou tout autre titulaire de la carte NHIS.

Le HCR a parallèlement investi dans les établissements de santé au sein des camps de réfugiés au Ghana pour optimiser leur fonctionnement en vue d'offrir des soins de qualité aux réfugiés tout comme aux populations nationales.

Les établissements de santé ont ensuite été transférés aux prestataires de services enregistrés auprès du NHIS, du Service ghanéen de la santé et du Secrétariat catholique national, pour recevoir le remboursement des services fournis. Le HCR a initialement financé les deux premières années de l'inscription au NHIS ainsi que celle des nouveaux réfugiés. Après trois ans, la plupart des réfugiés doivent avoir développé les moyens économiques suffisants pour continuer à payer ces services. Cependant, il est prévu que les réfugiés les plus vulnérables économiquement reçoivent des allocations en espèces à usages multiples afin de les aider à couvrir les futurs coûts des primes d'assurance. L'assurance maladie étant obligatoire au Ghana, il est impératif que les réfugiés soient totalement informés de la nécessité de payer la prime pour continuer à accéder aux services de santé.

II.2. BONNES PRATIQUES

L'association de l'expérience limitée de l'utilisation des interventions monétaires, en faveur de la santé pour les réfugiés, et de l'expérience plus longue issue du secteur du développement, permet de déduire et de contextualiser certains éléments de bonne pratique pour l'utilisation des interventions monétaires en faveur de la santé dans les camps de réfugiés.

1. Comprendre le système de santé : Il est nécessaire d'avoir une connaissance approfondie du système de santé existant, des enjeux et des obstacles entravant l'accès aux services de santé.

2. Cibler le type de service de santé: Tous les services de santé ne se prêtent pas à l'utilisation des interventions monétaires. Les services de santé pour lesquels un ensemble de services prévisibles peut être identifié, comme c'est le cas de la santé génésique ou des patients souffrant de maladies chroniques, sont sans doute les secteurs d'intervention les plus adaptés.

3. Déterminer un montant approprié : Une des principales priorités est de fixer le montant de l'aide à un niveau qui soit suffisamment élevé pour inciter correctement le groupe cible à satisfaire aux conditions (Banque mondiale, 2008 : 3). Il est en effet essentiel que les ménages les plus démunis puissent d'abord atteindre un seuil minimal de consommation alimentaire et couvrir d'autres besoins fondamentaux avant d'investir par ailleurs dans leur bien-être (Glassman *et al* 2009 : 115)

De manière générale, l'aide a été calculée de façon à couvrir les coûts suivants : consultations prénatales et postnatales, accouchement, médicaments (s'ils ne sont pas prescrits gratuitement), transport, nourriture, hébergement pour les personnes accompagnant les femmes, ainsi que les coûts d'opportunité des femmes donnant naissance, par exemple le temps perdu sur les activités de subsistance¹⁶ En outre, la remise des allocations en espèces dans l'établissement de santé où ont lieu les consultations prénatales s'est révélée efficace (Samuels & Jones, 2011 : 4).

Dans les programmes à long terme comme celui de *Bolsa Familia*, le montant transféré est proportionnel à la pauvreté économique de la famille (Rasella, 2013). Certains des programmes ayant eu le plus d'impact sur la santé et l'éducation en Amérique latine (tels que *Bono de Desarrollo Humano* (BdH) en Équateur et *Chile Solidario*) sont ceux dont le montant du transfert était moindre (Witter *et al*, 2015 : 25). Bien que cela ne soit pas nécessairement approprié en ce qui concerne la plupart des organismes d'aide, il est intéressant de noter que dans certains programmes, les femmes qui se rendaient à toutes les consultations prénatales et accouchaient dans un établissement de santé, se voyaient offrir une prime établie à 20 % du revenu médian mensuel du seuil de pauvreté pendant six mois (Samuels & Jones, 2011 : 4).

4. Qualité de la prestation (service) :

Conscient que la perception de la piètre qualité d'un service freine fortement le recours aux services de santé, les interventions du côté de l'offre pour résoudre des problèmes comme la mauvaise qualité de service, le manque de personnel ou les pénuries d'articles médicaux constituent des prérequis indispensables à des transferts en espèces conditionnels réussis (Banque mondiale, 2008 : 3).

5. Conditionnalité : La documentation n'apporte pas de réponse sur le degré d'application de la conditionnalité. Il est cependant important de veiller à ce que la vérification de l'utilisation des allocations en espèces fasse partie des activités de suivi du programme.

Les interventions monétaires pour la santé du HCR reposent sur une « conditionnalité implicite »¹⁷, qui peut être suffisante pour une population de réfugiés déjà très demandeuse de services de santé. La qualité de l'environnement de protection du pays d'asile ayant des effets sur la conditionnalité et la forme que celle-ci doit revêtir, elle continuera à dicter le type de soutien supplémentaire dont cette population réfugiée et d'autres pourraient avoir besoin dans le futur.

¹⁶ Les coûts des soins de santé supplémentaires qui ne sont pas couverts par un programme, et la crainte de ces coûts, notamment ceux qui résultent d'une isolation géographique ou de réseaux de transports médiocres, restent prohibitifs pour les plus pauvres. De même, les entraves sociales, telles que les responsabilités familiales des femmes, peuvent retarder l'adoption du programme ou précipiter leur sortie de l'hôpital et doivent être résolues à travers d'interventions sociales de plus grande envergure (Murray *et al*, 2015 : 9).

¹⁷ Voir la section I 2 b

6. Suivi : La bonne pratique ne restreint pas les activités de suivi à la vérification du processus du programme, mais inclut aussi les suivis des services de référencement des soins. Les programmes doivent donc être conçus avec suffisamment de flexibilité pour réaligner rapidement les processus sur les objectifs.

Il convient d'établir un processus rigoureux de suivi et d'utiliser une approche de gestion de cas. L'objectif est de s'assurer que non seulement les ayants droits ont bien reçu leurs allocations en espèces, les ont utilisées pour des services de santé de qualité, mais aussi que l'argent reçu n'a pas perturbé la cohésion du foyer. En outre, un mécanisme de réclamations doit être mis en place pour soutenir le bénéficiaire et identifier les établissements dont la qualité de soins laisse à désirer.

7. Programmation intégrée : Les preuves suggèrent de plus en plus que les meilleurs résultats sont atteints quand les interventions en matière de santé maternelle sont fortement contextualisées et intégrées à un ensemble de services et de programmes complémentaires (Jones *et al*, 2011 : 1). Cette constatation concorde avec la politique du HCR, qui consiste à intégrer les soins de santé des réfugiés au système national de santé publique, notamment par le recours à des régimes d'assurance, comme c'est le cas au Ghana. Les programmes de bons d'échange fondés sur des modèles de franchise sociale ont aussi été conçus pour pallier efficacement les lacunes de l'offre de santé publique.

8. Participation : Concevoir les programmes en collaboration avec leurs futurs bénéficiaires s'est révélé efficace pour bousculer les obstacles réels menant à

la sous-utilisation des services de santé maternelle. Qui plus est, restituer un sentiment de contrôle et d'indépendance aux acteurs locaux peut aider les communautés à se relever d'une crise (IWAG, 2010 : 11). La collaboration globale des parties prenantes avec les principaux acteurs du système de santé, notamment les agences gouvernementales, est tout aussi importante.

Le recours aux agents communautaires pour communiquer sur le changement de comportement et d'autres activités de soutien au programme a aussi donné de bons résultats, comme cela a été le cas

III. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le succès des interventions monétaires en soutien aux programmes de santé pour les réfugiés a été déterminé par l'emploi d'incitations appropriées, du côté de la demande comme de l'offre, dans le cadre d'un programme exhaustif tenant compte des facteurs économiques, sociaux et culturels en matière de santé et d'accès aux soins. Les expériences actuelles du HCR, axées sur la santé génésique, constituent une excellente occasion de vérifier les hypothèses sur la pertinence et le potentiel des allocations en espèces en vue d'améliorer la situation sanitaire et l'accès aux soins.

Avant de déterminer si les interventions monétaires pour la santé représentent un modèle de programme approprié pour le HCR, l'ensemble des études de faisabilité requises pour toutes les interventions monétaires doit être appliqué. Ceci comprend une évaluation du marché pour déterminer la présence et l'étendue géographique des établissements de santé qui pourraient nécessiter une intervention monétaire pour garantir l'accès aux soins et la qualité des services disponibles dans les établissements ; les conditions d'accès à ces services ; les prix et les conditions de paiement. Les autres éléments à considérer sont la capacité à identifier et remettre les allocations en espèces ou les bons d'échange aux réfugiés ciblés en toute sécurité, un contexte de sécurité permettant la circulation

des réfugiés et des produits pour un accès en temps voulu aux services de santé et à l'offre de soins¹⁸ Une attention toute particulière doit être portée aux questions suivantes :

L'accès universel aux soins de santé doit être le point de départ de toute intervention monétaire en faveur de la santé. Les programmes de santé du HCR sont axés sur une combinaison des soins de santé préventifs et primaires utilisant une approche de développement basé sur la santé publique et la communauté. L'accent est mis sur les soins de santé primaires et le renforcement de l'accès à des niveaux plus avancés.

La compréhension des **freins et des obstacles entravant l'accès aux services de santé** est essentielle pour déterminer s'il existe des secteurs et des services particuliers qui bénéficieraient des interventions monétaires pour améliorer l'accès aux soins de santé et leurs résultats.

Les comportements favorables à la santé de la population ciblée. Plus la demande pour les services de santé est faible parmi un groupe cible, moins les interventions monétaires seront efficaces pour atteindre les dépenses escomptées par les bénéficiaires.

Niveaux actuels de l'aide. Plus les réfugiés ont de difficulté à satisfaire leurs besoins fondamentaux, comme disposer de nourriture ou d'un abri, plus la tension est grande entre la nécessité de satisfaire à ces besoins et de donner la priorité aux soins de santé, ce qui peut entraîner un détournement des fonds destinés aux dépenses escomptées par le

18 Pour de plus amples informations, lire le rapport (2015) Operational Guidelines for Cash-Based Interventions in Displacement Settings

programme. À cet égard, il est aisément concevable que le même programme destiné à un réfugié vivant dans une pauvreté absolue et à un autre réfugié vivant dans une pauvreté abjecte puisse aboutir à des résultats différents.

- e. Structures des dépenses au sein du ménage et personne dans le foyer chargée des décisions concernant les dépenses de santé.** La faible priorité accordée aux dépenses consacrées aux femmes et aux enfants peut avoir des conséquences négatives sur le succès du programme. Cette compréhension peut aider à élaborer les activités complémentaires qui accompagnent les interventions monétaires.
- f. Le rapport coût-efficacité d'une intervention monétaire.** Le lancement des interventions monétaires pour la santé en Égypte et en Jordanie résulte de la prise de conscience que le fait de trouver un moyen pour que les réfugiés paient leurs services de santé eux-mêmes, peut aider à réduire les coûts de mise en œuvre de programmes ciblant un groupe traditionnellement très demandeur de services de santé.

Pour toutes ces raisons, les interventions monétaires en faveur de la santé doivent faire partie d'un programme intégré qui s'efforce d'apporter des mesures d'atténuation des facteurs mentionnés ci-dessus ou de ceux qui pourraient être identifiés au cours de la phase d'évaluation. En outre, le ciblage et les critères d'éligibilité, le suivi, le traitement respectueux des bénéficiaires, les incitations adaptées aux prestataires et la nécessité d'investir dans la qualité des soins et dans des systèmes de référence abordables, sont autant d'éléments devant faire l'objet d'une attention particulière qui

Afin de guider la planification, la conception et la mise en œuvre du programme, il faut tenir compte au minimum des recommandations suivantes.

tienne compte du contexte (Murray et al, 2015 : 11).

III.1. ANALYSE DE LA RÉPONSE

f Lorsqu'une étude de faisabilité est menée, comme précédemment mentionné, la pertinence d'une intervention monétaire en faveur de la santé est influencée par :

- a La demande de services de santé par la population cible
- b La capacité des réfugiés à accéder à des services de santé de qualité ¹⁹ à un coût moins élevé que la mise en œuvre directe du HCR/partenaire dans les localités requises
- c La sécurité et la liberté de mouvement des réfugiés, du personnel et des ressources (y compris les mécanismes de distribution des allocations en espèces)

f La méthodologie et la conditionnalité d'une intervention monétaire les mieux adaptées à une opération dépendent du contexte qui sera déterminé par l'analyse du risque ainsi que par l'analyse coûts-bénéfices.

19. Les indicateurs de qualité comprennent : la disponibilité, l'accessibilité, l'équité, la pertinence, l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience (voir les principes directeurs du HCR en matière de santé publique, p17). Lagarde *et al* (2009 : 37) affirment que "en fait, la qualité et la disponibilité des services de santé sont probablement des prérequis au succès des transferts en espèces conditionnels"

20. Dans les programmes de protection sociale, la valeur est établie pour couvrir la consommation moyenne juste au-dessus du seuil de pauvreté, afin de satisfaire aux besoins fondamentaux en tenant compte d'une marge minimale.

21. Par exemple, en Jordanie, le HCR a établi un service de référencement des soins avec des partenaires d'ONG internationales pour soutenir les besoins complémentaires comme le transport et la nutrition infantile lorsque l'allaitement est impossible.

22. En fait, Jones *et al* (2011 : 2) affirment qu'il est fortement conseillé d'utiliser la première consultation prénatale comme critère éliminatoire, et d'étendre le soutien aux femmes jusqu'à ce que l'enfant ait 36 mois pour améliorer l'état de santé général de la mère et de l'enfant.

III.2. CONCEPTION ET MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

- Pour calculer la valeur des allocations en espèces, il faut tenir compte du coût intégral des services de santé inhérents à un état de santé donné. Par exemple, dans le cas de la santé maternelle, ces services incluent les consultations prénatales, l'accouchement et les visites postnatales, ainsi que la flexibilité nécessaire en cas de complications.²⁰ En outre, il convient d'examiner plus avant la prise en charge des coûts de transport et des autres dépenses encourues afin de maximiser directement les résultats en matière de protection en travaillant avec des partenaires.²¹
- La façon la plus efficace de faire respecter la conditionnalité est sans doute de veiller à ce que les besoins fondamentaux soient satisfaits et qu'il n'y ait pas de conflit autour des ressources au sein du ménage. La sensibilisation et la communication sur le changement de comportement sont par ailleurs des moyens efficaces pour orienter les dépenses sur les coûts de santé escomptés. Il ne devrait y avoir aucun doute quant à l'objectif des interventions monétaires pour la santé.
- Pour une mise en œuvre réussie, toute intervention monétaire en faveur de la santé doit être axée sur les procédures opérationnelles standards (SOP) avec des objectifs précis, les critères d'inclusion, les étapes des transferts en espèces, les considérations relatives à la protection, la réconciliation, le suivi et l'évaluation. Les procédures opérationnelles standards doivent être mises à jour régulièrement.
- Il a été démontré que des programmes complémentaires doivent être activement favorisés. Ce peut être le cas en intégrant

les réfugiés à d'autres activités du HCR, comme un espace protégé pour les femmes ou en les dirigeant vers d'autres organisations susceptibles d'offrir un soutien complémentaire.

- Le facteur temps des différents types d'assistance médicale doit être pris en compte. Par exemple, concernant les interventions monétaires en faveur de la santé maternelle, les femmes réfugiées enceintes doivent être fortement encouragées à se rendre au dispensaire au moins une fois au cours du premier trimestre de grossesse, lorsque le risque est le plus élevé. L'aide proportionnelle pour les consultations prénatales, qui est assurée par le HCR en Jordanie, est probablement un exemple de bonne pratique lorsque l'accouchement n'est pas gratuit. En outre, une aide en espèces prolongée pourrait être mise en place pendant une période minimale garantie après la naissance de l'enfant²²

III.3. SUIVI ET ÉVALUATION

- Un processus rigoureux de suivi doit être mis en place pour relever les principaux indicateurs de santé et ceux liés aux interventions monétaires, ainsi que les expériences relatives au service client. Comme il est souligné dans les principes directeurs du HCR en matière de santé publique, il est nécessaire d'avoir et d'utiliser des systèmes opérationnels d'information sur la santé publique, ainsi que des retours d'expérience pertinents afin d'assurer un suivi de la qualité.
- Un mécanisme de réclamations ayant la confiance des réfugiés doit être mis en place afin de les soutenir et d'identifier les établissements dont la qualité de soins laisse à désirer.
- Les enseignements tirés doivent être constamment intégrés à la conception du programme.

IV. OUTILS, CONSEILS ET OUVRAGES RECOMMANDÉS

Bien que la filière des incitations financières en faveur de la santé et celle de la prestation de soins de santé en situation d'urgence ne soient pas des nouveautés, leur convergence en est une. Par conséquent, il existe peu de documents d'orientation qui abordent les deux sujets dans un même texte. La liste de sources suivante concerne donc largement l'offre de soins de santé.

COMPTE RENDU ET GUIDES DES BONNES PRATIQUES RELATIVES AUX INTERVENTIONS MONÉTAIRES

- HCR (2015) *Operational Guidelines for Cash-Based Interventions in Displacement Settings*. Genève : HCR
Disponible sur : <http://www.refworld.org/docid/54d387d14.html>
- Harvey P. et S. Bailey, 2011 *Cash Transfer Programming in Emergencies : Good Practice Review 11*. Londres : Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute.
Disponible sur : <http://www.odihpn.org/download/gpr11.pdf>

RECHERCHES SUR LES POLITIQUES Programmes de transferts en espèces conditionnels

- Fiszbein, A. et N. Schady, 2009 *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. Washington, DC: Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.
Disponible sur : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2597476030PuB0Cond101Official0use0Only1.pdf?sequence=1>

CADRES

Conception et évaluation des transferts en espèces conditionnels

- Glassman, A., J. Todd, et M. Gaarder, 2009 "Latin America: Cash Transfers to Support Better Household Decisions" in Eichler, R., R. Levine and the Performance-Based Incentives Working Group, *Performance Incentives for Global Health, Potential and Pitfalls*. Washington D.C. : Center for Global Development. Chapitre 6, pp. 89 à 121
Disponible sur : <http://www.cgdev.org/sites/default/files/9781933286297-Levine-performance-incentives.pdf>

Encadré Pp 117 et 118 : Designing and evaluating CCTs

Suivi et évaluation des programmes de santé du HCR

- [Twine.unhcr.org](http://twine.unhcr.org)

Conception et évaluation du programme de bons d'échange

- Boler, T. et L. Harris, 2010 *Reproductive Health Vouchers: from promise to practice*. Londres : Marie Stopes International. Disponible sur : <https://mariestopes.org/sites/default/files/vouchers-from-promise-to-practice.pdf>

EXAMEN DES DONNÉES FACTUELLES Financement axé sur les résultats pour la santé maternelle dans les zones de développement

- Gorter A. C., P. Ir et B. Meessen, 2013 *Evidence Review, Results-Based Financing of Maternal and Newborn HealthCare in Low- and Lower-middle-Income Countries*. Une étude commandée et financée par le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du développement (BMZ) par le biais du projet du secteur : PROFILE at GIZ – Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.
Disponible sur : <http://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Evidence-RBF-maternal-health.pdf>

Allocations en espèces pour la nutrition

- Bailey, S. et K. Hedlund, 2012 *The Impact of Cash Transfers on Nutrition In Emergency and Transitional Contexts: A Review of Evidence*. Londres : Overseas Development Institute. ISBN : 978-1-907288-62-3
Disponible sur : <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7596.pdf>

EXAMENS SYSTÉMATIQUES ET COLLABORATIONS COCHRANE

Transferts en espèces sans conditions en faveur de la santé dans les opérations humanitaires

- Pega F., S. Y. Liu Sy, S. Walter, S. K. Lhachimi, 2015 *Unconditional cash transfers for assistance in humanitarian disasters: effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries*. Base de données Cochrane des revues systématiques, Lettre n° 9. Art. n° : CD011247. DOI : 10.1002/14651858.CD011247.pub2.

Financement axé sur les résultats en faveur de la santé maternelle dans les zones de développement

- Murray, S. F., B. M. Hunter, R. Bisht, T., Ensor et D. Bick, 2015 *Effects of Demand-Side Financing on Utilisation, Experiences and Outcomes of Maternity Care in Low- and Middle-income Countries: a Systematic Review*. BMC Pregnancy and Childbirth, 14:30
Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-30.pdf>

- Glassman, A., D. Duran, et M. Koblinsky, 2013 *Impact of Conditional Cash Transfers on Maternal and Newborn Health*. CGD Policy Paper 019. Washington DC: Center for Global Development.
Disponible sur : <http://www.cgdev.org/sites/default/files/impact-conditional-cash-transfer-health.pdf>

Bons d'échange en faveur de la santé maternelle dans les zones de développement

- Gorter, A. C., C. Grainger, J. Okal et B. Bellows, 2012 *Systematic Review of Structural and Implementation Issues of Voucher Programs. Analysis of 40 Voucher Programs. In-depth Analysis of 20 Programs*. Nairobi, Kenya: Population Council.

V. RÉFÉRENCES

- Akresh, R., D. de Walque, et H. Kazianga, 2012 *Alternative Cash Transfer Delivery Mechanisms: Impacts on Routine Preventative Health Clinic Visits in Burkina Faso*. Document de travail n° 6321. Bonn: IZA. Disponible sur : <http://ftp.iza.org/dp6321.pdf>
- Bailey, S. et K. Hedlund, 2012 *The Impact of Cash Transfers on Nutrition In Emergency and Transitional Contexts: A Review of Evidence*. Londres : Overseas Development Institute. ISBN : 978-1-907288-62-3
Disponible sur : <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7596.pdf>
- Boler, T. et L. Harris, 2010 *Reproductive Health Vouchers: from promise to practice*. Londres : Marie Stopes International.
Disponible sur : <https://mariestopes.org/sites/default/files/vouchers-from-promise-to-practice.pdf>
- Browne, E. 2013 *Theories of Change for Cash Transfers* (GSDRC Helpdesk Research Report 913), Birmingham, UK: Governance and Social Development Resource Centre, University of Birmingham.
Disponible sur : <http://www.gsdrc.org/docs/open/HDQ913.pdf>
- ECHO, 2013 *The Use Of Cash And Vouchers In Humanitarian Crises – DG ECHO Funding Guidelines*. Bruxelles : ECHO
Disponible sur : http://ec.europa.eu/echo/files/policies/sectoral/ECHO_Cash_vouchers_Guidelines.pdf
- Gaarder, M., A. Glassman et J. Todd, 2010 'Conditional Cash Transfers and Health: Unpacking the Causal Chain'. *Journal of Development Effectiveness*, vol. 2, n° 1, mars.
Disponible sur <http://www.pegnet.ifw-kiel.de/members/gaarder.pdf>
- Glassman, A., J. Todd, et M. Gaarder, 2009 "Latin America: Cash Transfers to Support Better Household Decisions" in Eichler, R., R. Levine and the Performance-Based Incentives Working Group, *Performance Incentives for Global Health, Potential and Pitfalls*. Washington D.C. : Center for Global Development. Chapitre 6, pp. 89-121
Disponible sur : <http://www.cgdev.org/sites/default/files/9781933286297-Levine-performance-incentives.pdf>
- Glassman, A., D. Duran, et M. Koblinsky, 2013 *Impact of Conditional Cash Transfers on Maternal and Newborn Health*. CGD Policy Paper 019. Washington DC: Center for Global Development.
Disponible sur : <http://www.cgdev.org/sites/default/files/impact-conditional-cash-transfer-health.pdf>

Gorter, A. C., C. Grainger, J. Okal et B. Bellows, 2012 *Systematic Review of Structural and Implementation Issues of Voucher Programs. Analysis of 40 Voucher Programs. In-depth Analysis of 20 Programs*. Nairobi, Kenya: Population Council.

Gorter A. C., P. Ir et B. Meessen, 2013 *Evidence Review, Results-Based Financing of Maternal and Newborn HealthCare in Low- and Lower-middle-Income Countries*. Une étude commandée et financée par le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et de développement (BMZ) par le biais du projet du secteur : PROFILE at GIZ – Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

Disponible sur : <http://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Evidence-RBF-maternal-health.pdf>

Grainger, C., A. C. Gorter, J. Okal et B. Bellows, 2014 "Lessons from sexual and reproductive health voucher program design and function: a comprehensive review". *International Journal for Equity in Health*, 13:33. Disponible sur : <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/33>

Inter-agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises (2010) *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*.

Disponible sur : <http://iawg.net/resources/fieldmanual.html#download>

Jones, N., F. Samuels, L. Gisby et E. Presler-Marshall (2011) *Rethinking cash transfers to promote maternal health: good practice from developing countries*. Londres : Overseas Development Institute. ISSN 1756-7610

Disponible sur : <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7488.pdf>

Lagarde, M., A. Haines et N. Palmer, 2009 *The Impact of Conditional Cash Transfers on Health Outcomes and Use of Health Services in Low and Middle Income Countries*. The Cochrane Collaboration. Base de données Cochrane des revues systématiques, Lettre n°4.

Available at: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD008137.pdf>

Murray, S. F., B. M. Hunter, R. Bisht, T., Ensor et D. Bick, 2015 *Effects of Demand-Side Financing on Utilisation, Experiences and Outcomes of Maternity Care in Low- and Middle-income Countries: a Systematic Review*. BMC Pregnancy and Childbirth, 14:30

Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-30.pdf>

Pega F., S. Y. Liu Sy, S. Walter, S.K. Lhachimi, 2015 *Unconditional cash transfers for assistance in humanitarian disasters: effect on use of health services and health outcomes in low- and middle-income countries*. Base de données Cochrane des revues systématiques, Lettre n°9. Art. n° : CD011247. DOI : 10.1002/14651858.CD011247.pub2.

Rasella, D. (2013) *Impact of Conditional Cash Transfer Programs and Primary Health Care Programs on childhood mortality: evidence from Brazil*. Genève : UNICEF.

Disponible sur : http://www.unicef.org/social-policy/files/Child_Poverty_Insights_September_2013.pdf

Samuels, F. et N. Jones. (2011) *Cash Transfers for Maternal Health: Design Opportunities and Challenges in Low-Resource Settings*. Londres : Overseas Development Institute. ISSN 1756-7602 Disponible sur : <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7521.pdf>

Sphere Project (2011) *Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Disponible sur : <http://www.sphere-project.org/handbook/>

FNUAP, Fonds des Nations unies pour la population (2015) *Women and Girls in the Syria Crisis: UNFPA Response*. Disponible sur : <http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA-FACTSANDFIGURES-5%5B4%5D.pdf>

Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés - HCR (2007) *Principes directeurs en matière de santé publique*. Genève : UNHCR

Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés (2014) *Are CBIs relevant to achieve UNHCR Public Health and Nutrition Goals*. Genève : non-publié

HCR (2015) *Operational Guidelines for Cash-Based Interventions in Displacement Settings*. Genève : UNHCR

Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés - HCR (2015a) *Guidance on Cash Interventions in Supporting Health Services Access*. Amman : non-publié

Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés - HCR (2015b) *Reproductive Health Services SOPs-1*. Le Caire : non publié

Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés -- HCR (2015c) *Standard Operating Procedures: Cash Assistance to Access Essential Health Services*. Août. Amman : non publié

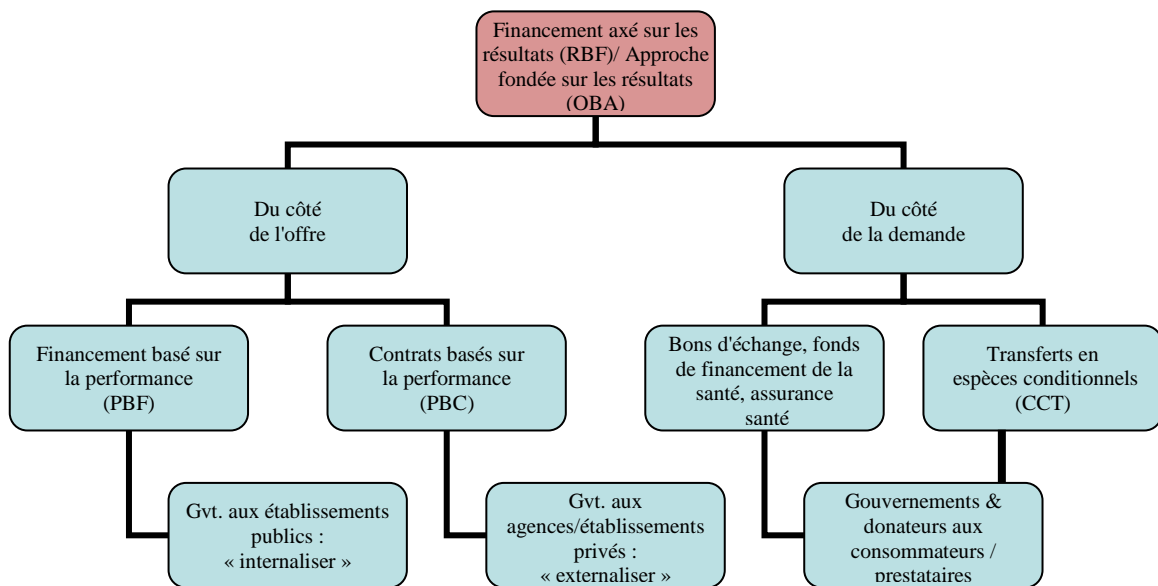
Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés - HCR (2015d) *Standard Operating Procedures for the Provision of Health Care to Refugees in Egypt- draft 20-06-15*. Le Caire : non publié

Witter, S., R. Outhred, A. Lipcan, et D. Nugroho (2015) "Paper 4: How to use revenues from extractive industries to improve health and education in Africa", Banque africaine de développement / Fondation Bill et Melinda Gates Flagship Report Paper Series, juin 2015 .

Disponible sur : [http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/How to use natural resource revenues to enhance demand for public services through social protection .pdf](http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/How_to_use_natural_resource_revenues_to_enhance_demand_for_public_services_through_social_protection.pdf)

Organisation mondiale de la Santé - OMS (2008) *Conditional Cash Transfers: What's it in for Health?* Résumé technique pour décideurs. Numéro 1. Genève : Organisation mondiale de la Santé Disponible sur : http://www.who.int/health_financing/documents/pbe081-cct.pdf

ANNEXE 1 - APROCHES DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE POUR LE FINANCEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS



Source : Naimoli et al, 2010), cité par Gorter et al, 2013: 1)

